This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

103 231 197

HARVARD LAW LIBRARY

Received JAN 6 1922

Germany

HARVARD LAW LIBRARY

Received JAN 6 1922

Germany

HARVARD LAW LIBRARY

Received JAN 6 1922

Der beamtete Arzt

und

ärztliche Sachverständige.

Der beamtete Arzt

und

ärztliche Sachverständige.

Mit besonderer Berücksichtigung der deutschen Reichs- und preussischen Landesgesetzgebung.

Herausgegeben von

Dr. O. Rapmund,

Reg.- und Geh. Med.-Rath in Minden i. W.

Unter Mitarbeit von

Dr. A. Cramer,
o. ö. Professor an der Universität und Direktor der Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt in Göttingen,

Dr. G. Puppe,
a. o. Professor an der Universität und Gerichtsarzt in Königsberg i. Pr.

und

Dr. Paul Stolper,
Privatdozent an der Universität und Kreisarzt in Göttingen.

Zwei Bände.

BERLIN W. 35.
FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD
Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler.
1904.

Crim.
C.

I. Band.

Die ärztliche Sachverständigen-Thätigkeit

auf dem Gebiete der

gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, der Unfall-, Invaliditäts- und Lebensversicherung.

Bearbeitet von

o. ö. Prof. **Dr. A. Cramer,** Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen, a. o. Prof. und Gerichtsarzt

Dr. G. Puppe-Königsberg i. Pr.,

Privatdozent **Dr. Paul Stolper,** Kreisarzt in Göttingen

und dem **Herausgeber.**

Mit einer farbigen Tafel.

BERLIN W. 35.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD

Herzogl. Bayer. Hof- und Erzherzogl. Kammer-Buchhändler.

1904.

Ger. 985

C+W
R2184

Alle Rechte vorbehalten.

JAN 6 1922

Vorwort.

Schon seit mehreren Jahren ist von dem Unterzeichneten auf Anregung der Verlagsbuchhandlung die Herausgabe eines Handbuches geplant, welches das ganze Gebiet der amtlichen Thätigkeit eines preussischen Medizinalbeamten umfassen und gleichzeitig den praktischen Aerzten als zuverlässiger Rathgeber in allen Zweigen ihrer Sachverständigen-Thätigkeit, sowie den angehenden Medizinalbeamten als praktischer Führer zur Vorbereitung für die staatsärztliche Prüfung dienen sollte.

In dem ersten Bande sind die Aufgaben des beamteten Arztes und ärztlichen Sachverständigen auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, der Unfall-, Invaliditäts- und Lebensversicherung behandelt. Die Bearbeitung des zweiten und dritten Abschnittes dieses Bandes über „Gerichtliche Medizin und Psychiatrie" haben Herr Prof. Dr. Puppe, Gerichtsarzt in Königsberg i. Pr., und Herr Prof. Dr. Cramer, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen, bereitwilligst übernommen, während der erste allgemeine Theil von dem Herausgeber verfasst ist, der ursprünglich auch den letzten Abschnitt dieses Bandes über die „Aerztliche Sachverständigen-Thätigkeit auf dem Gebiete der Unfall-, Invaliditäts- und Lebensversicherung" bearbeiten wollte, dessen Abfassung aber später Herrn Privatdozenten Kreisarzt Dr. Paul Stolper in Göttingen, früher in Breslau, übertragen und sich hierbei nur als Mitarbeiter betheiligt hat. Die Einheitlichkeit des Werkes ist trotz des Zusammenwirkens verschiedener Autoren an dem ersten Bande thunlichst gewahrt.

Der zweite, das „öffentliche Gesundheitswesen" betreffende Band ist von dem Herausgeber allein bearbeitet. Er hat sich hierbei bemüht, den an ihn besonders aus den Kreisen der Medizinalbeamten herangetretenen Wünschen in Bezug auf den Inhalt des Werkes sowie dem praktischen Bedürfnisse thunlichst Rechnung zu tragen, und demgemäss versucht, von dem einschlägigen Material eine erschöpfende, wenn auch gedrängte Darstellung zu geben, damit die betheiligten Kreise nicht immer auf grosse Sammel- oder Spezialwerke zurückzugreifen brauchen, die ihnen meist nicht zu Gebote stehen und zu deren eingehendem Studium ihnen ausserdem im Getriebe der Tagesarbeit die erforderliche Zeit fehlt. Während der letzten beiden Jahre, also während der Ausarbeitung des Werkes, ist aber in Folge der höchst erfreulichen Entwicklung unseres öffentlichen Gesundheitswesens das zu berücksichtigende Material so ausserordentlich gewachsen, dass sich für den Herausgeber sehr bald die Nothwendigkeit herausstellte, entweder seine ursprüngliche Absicht fallen zu lassen uud sich nur auf die auszugsweise Wiedergabe der wesentlichsten Gesetze, Verfügungen, Entscheidungen usw. zu beschränken, oder den in dem Prospekte von der Verlagsbuchhandlung in Aussicht genommenen Umfang des Werkes wesentlich zu überschreiten. Mit Rücksicht darauf, dass in ersterem Falle das Buch überall Lücken aufweisen musste und demzufolge seinen Zweck nicht erfüllen konnte, hat der Verfasser den zweiten Weg gewählt. Da aber die Verlagsbuchhandlung schon im voraus den Preis und den Umfang des Werkes, höchstens 60 Druckbogen, festgesetzt hatte, so blieb ihm nichts anderes übrig, als zunächst zu einem gewissen Abschluss zu kommen; jedoch liess sich schon hierbei die Ausgabe eines Supplementsheftes nicht umgehen. Dieses Heft enthält ausser einer grossen Anzahl von Formularen für die amtliche Thätigkeit des beamteten Arztes ein ausführliches, beide Bände umfassendes Sachregister und ein chronologisches Verzeichniss der gesetzlichen Bestimmungen, dessen mühevolle Fertigstellung Herr Kreisarzt Dr. Löer in Berlin in liebenswürdigster Weise übernommen hat. Ausserdem bringt es in einem besonderen Nachtrag die seit Herausgabe der Einzellieferungen noch getroffenen und für den Inhalt des zweiten Bandes in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen, gerichtlichen Entscheidungen usw. unter Hinweis auf die betreffenden Stellen des Textes, so dass das Werk den Vorzug besitzt, in dieser Hinsicht bis auf die allerjüngste Zeit fortgeführt zu sein.

Die bis jetzt noch nicht berücksichtigten Abschnitte des öffentlichen Gesundheitswesen werden in weiteren besonderen Supplementheften zur Ausgabe gelangen, von denen jedes einzelne Heft ein geschlossenes Ganze für sich bilden wird. Ihre Ausgabe wird thunlichst beschleunigt werden und schneller als die der bisherigen Lieferungen erfolgen, deren Erscheinen sich leider in Folge von Ueberhäufung des Verfassers mit anderen Arbeiten zu seinem grossen Bedauern verzögert hat. Für diese Verzögerung bittet er noch vielmals um Entschuldigung und wohlwollende Nachsicht.

Minden i. W., Ende Dezember 1903.

Dr. O. Rapmund.

Inhaltsverzeichniss.

Erster Theil.

Die ärztlichen Sachverständigen. Thätigkeit im Allgemeinen.

Bearbeitet vom **Herausgeber.**

Einleitung.

Geschichtliche Entwickelung der gerichtl. Medizin und ärztl. Sachverständigen-Thätigkeit 1
Vorbildung und Fortbildung der Gerichtsärzte . . . 7
Gerichtsärztliche Fachbehörden höherer Instanz . . . 8

Die Thätigkeit des Gerichtsarztes und ärztlichen Sachverständigen im Allgemeinen.

I. Die gesetzlichen Bestimmungen über die Heranziehung, Pflichten und Rechte des ärztlichen Sachverständigen 10
(Strafprozessordnung v. 1. Febr. 1877 §§. 72—91, §. 157, §§. 191—193, §§. 218—222, §§. 238—239, §§. 247—250, §§. 252—255 und Zivilprozessordnung v. 1. Jan. 1877, §§. 403—414, §§. 656, 144, 371, 372, 396—397)

II. Aufgaben des Gerichtsarztes und ärztlichen Sachverständigen bei der Vornahme von Augenscheinen und Untersuchungen 28

III. Aufgaben des Gerichtsarztes bei Abgabe von mündlichen und schriftlichen Gutachten 32

IV. Verweigerung des Zeugnisses oder Gutachtens. Berufsgeheimniss. 38
(§. 300 Str.-G.-B.; §§. 51—57 Str.-P.-O.; §§. 383—385 Z.-P.-O.; §§. 823—826 u. 852 B.-G.-B.)

V. Ausstellung unrichtiger Gesundheitszeugnisse. (§§. 278 u. 280 Str.-G.-B.) 44

Zweiter Theil.

Gerichtliche Medizin.

Bearbeitet von **Dr. Puppe,** a. o. Prof. u. Gerichtsarzt in Königsberg i. Pr.

Allgemeiner Theil.

I. Einleitung 49
II. Gerichtsärztliche Technik 51
A. Sektionstechnik. Ermittellung der Umstände des Falles. Mikroskopische und spektroskopische Untersuchungen. Sektionsprotokoll. Vorläufiges Gutachten. Obduktionsbericht.
Regulativ über das Verfahren der Gerichtsärzte bei gerichtlichen Leichenöffnungen vom $\frac{6. \text{ Jan.}}{13. \text{ Febr.}}$ 1875.
Allgemeine Bestimmungen 51
Verfahren bei der Obduktion 59
Ermittelung der Nebenzustände 81
Mikroskopische und spektroskopische Untersuchungen . . 83
Obduktionsprotokoll. Vorläufiges Gutachten u. Obduktionsbericht 85
B. Forensischer Blutnachweis
1. Nachweis der Formen-Elemente des Blutes 87
2. Chemischer Blutnachweis 89
3. Spektroskopischer Blutnachweis 91
C. Untersuchung von Haaren 95
D. Sperma-Nachweis 99

Spezieller Theil.

I. Gerichtsärztliche Ermittelung des Gesundheitszustandes 102
A. Die gerichtsärztliche Beurtheilung der Körperverletzungen nach dem Strafgesetzbuche 102
1. Gesetzliche Bestimmungen (§§. 221—239, 291, 324—327 Str.-G.-B.) 102
2. Die Körperverletzungen im Allgemeinen 105
3. Leichte Körperverletzungen 106
4. Gefährliche Körperverletzungen 107
5. Schwere Körperverletzungen 108
(Verlust eines wichtigen Gliedes des Körpers; Verlust des Sehvermögens, des Gehörs, der Sprache, der Zeugungsfähigkeit; erhebliche dauernde Entstellung; Verfall in Siechthum, Lähmung oder Geisteskrankheit)
6. Körperverletzungen mit tödtlichem Ausgang 112
(Ursächlicher Zusammenhang zwischen Körperverletzung und Tod)
7. Vorsätzliche und fahrlässige Körperverletzungen, Kunstfehler, Grenzen der ärztlichen Befugnisse 115
B. Die gerichtsärztliche Beurtheilung des Gesundheitszustandes nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch . . . 126
1. Gesetzliche Bestimmungen (§§. 823, 825, 842—847, 1298, 1316, 1568, 1602, 1786, 1910 B. G.-B.) 126
2. Gerichtsärztliche Untersuchungen wegen Feststellung von Schadenersatz-Ansprüchen nach Körperverletzungen, Gewährung der Unterhaltspflicht, Rücktritt von einer Verlobung, Aufgebotshinderniss, Ehescheidung, Ablehnung der Vormundschaft und Bestellung einer Pflegschaft wegen körperlicher Gebrechen 128
C. Die Beurtheilung der Termin- und Haftfähigkeit (§§. 487 u. 906 Str.-P.-O. und § 906 Z.-P.-O.) 132

II. Feststellung des Todes und der Todesart 135
Gesetzliche Bestimmungen 135
(§§. 202–222 Str.-G.-B.)
A. Tod und Leichenerscheinungen 136
1. Die verschiedenen Todesarten im Allgemeinen
a) der plötzliche natürliche Tod 136
b) gewaltsamer Tod (Selbstmord, Mord, Verunglückung) . . 137
2. Priorität des Todes 139
3. Konkurrenz der Todesursachen 140
4. Vitale, agonale und postmortale Verletzungen 141
5. Physiologie und Pathologie der Leichenzersetzung 144
(Totenflecke, Totenstarre, Vertrocknungen, Fäulniss, Mumifikation, Fettwachsbildung)
6. Bestimmung der Zeit des Todes 151
7. Rekognition 152
(Kleidungsstücke, Körpergrösse und Lebensalter, Geschlecht, Ernährungszustand und sonstige Eigenthümlichkeiten, Anthropometrie und Photographie)
B. Die Lehre von den gewaltsamen Todesarten . . . 159
1. Tod durch Schnittverletzungen 159
2. Tod durch Hiebverletzungen 162
3. Tod durch Stichverletzungen 164
4. Tod durch stumpfe Gewalt 167
a) Allgemeines (Hautabschürfungen, Quetschungen, Erschütterungen, Rupturen innerer Organe, Frakturen und Luxationen) 167
b. Tod durch Sturz 173
c. Tod durch Ueberfahren 176
d. Tod durch stumpfe Gewalt mit umschriebener Angriffsfläche 177
5. Tod durch Schussverletzungen 180
6. Tod durch gewaltsame Erstickung 186
a) Allgemeines 187
b) Tod durch Erhängen 195
c) Tod durch Erdrosseln 203
d) Tod durch Erwürgen 204
e) Tod durch Ersticken 205
f) Tod durch Abschluss der Luftwege durch feste Körper . 209
g) Tod durch Verhinderung der Athembewegungen 212
h) Tod durch abgeschlossenen Raum oder durch doppelseitigen Pneumothorax 212
7. Tod durch Verhungern 213
8. Tod durch abnorme Temperatur 216
a) Tod durch abnorme hohe Temperatur 216
b) Tod durch Hitzschlag und Sonnenstich 221
c) Tod durch Blitzschlag oder elektrische Ströme 223
d) Tod durch abnorme niedrige Temperatur 225
9. **Tod durch Vergiftungen**
a) Allgemeines 225
b) Vergiftung durch Aetzgifte 232
α) Vergiftung durch Schwefelsäure 232
β) Vergiftung durch Salzsäure, Salpetersäure, Chromsäure und Essigsäure 234
γ) Vergiftung durch Karbolsäure, Lysol und Kreosot . . 235
δ) Vergiftung durch Oxalsäure 236
ε) Vergiftung durch Kali- oder Natronlauge und durch Ammoniak 237
ζ) Vergiftung durch Silber- oder Kupfersalze 239
η) Vergiftung durch Sublimat und Blei 239
c) Vergiftung durch Stoffwechselgifte
α) Vergiftung durch arsenige Säure 241
β) Vergiftung durch Phosphor 244
γ) Vergiftung durch Chloroform, Aether, Bromäthyl und Chloral 247

δ) Vergiftung durch Alkohol 249
ε) Vergiftung durch Blausäure 249
d) Vergiftung durch Blutgifte
α) Vergiftung durch Kali chloricum 251
β) Vergiftung durch Nitrobenzol (Mirbanoel und Nitroglyzerin 252
γ) Vergiftung durch Schwefelwasserstoff 253
δ) Vergiftung durch Kohlenoxyd und Kohlensäure . . . 254
e) Vergiftung durch Alkaloide 257
α) Morphiumvergiftung 258
β) Vergiftung durch Atropin 259
γ) Vergiftung durch Strychnin 260
δ) Vergiftung durch Akonitin und andere Alkaloide . . 261
(Kolchizin, Nikotin)
f) Fleischvergiftungen 262

III. Die Untersuchung mit dem Sexualleben zusammenhängender Verhältnisse 264

A. Fortpflanzungsfähigkeit 264
(§§. 1333 und 1568 B. G.-B.)
1. Beischlafs- und Zeugungsfähigkeit beim männlichen Geschlecht (Hermaphroditismus) 264
2. Beischlafs- und Zeugungsfähigkeit beim Weibe 267

B. Verbrechen gegen die Sittlichkeit 269
(§§. 174, 176, 178, 181, 183 Str.-G.-B.; §§. 825, 1300 B. G.-B.)
1. Unzüchtige Handlungen 270
2. Nachweis der Kohabitation 273
(Hymen, Defloration)
3. Erschwerende Umstände bei unzüchtigen Handlungen und gewaltsamer Beischlaf 276
4. Widernatürliche Unzucht (§. 175 Str.-G.-B.) 278

C. Schwangerschaft und Geburt 280
1. Gesetzliche Bestimmungen 280
(§§. 844, 1313, 1591, 1592, 1600, 1717, 1777, 1912, 1923, 2043 B.-G.-B.; §. 169 Str.-G.-B.; §. 485 Str.-P.-O.)
2. Feststellung der Schwangerschaft und deren Dauer. Empfängnisszeit 281
3. Unterbrechung der Schwangerschaft; kriminelle Fruchtabtreibung (§§. 218–220 Str.-G.-B.) 288
Innere Abtreibungsmittel 289
Mechanische Abtreibungsmittel 294
4. Feststellung der stattgehabten Geburt 298

D. Kindesmord 299
1. Gesetzliche Bestimmungen und Allgemeines (§. 217 Str.-G.-B. und §. 96 Str.-P.-O.) 299
2. Die Kriterien des Neugeborenseins 299
3. Reife und Lebensfähigkeit eines neugeborenen Kindes . . . 301
4. Feststellung des Lebens Neugeborener 303
5. Bestimmung der Todesursache 306

Dritter Theil.

Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit.

Bearbeitet von **Dr. A. Cramer,** o. ö. Professor an der Universität, Direktor der Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt u. der psychiatrischen Klinik in Göttingen.

I. Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit im Allgemeinen 315

A. Allgemeines 315

B. Gutachten des psychiatrischen Sachverständigen .

II. Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit in Strafsachen 319
A. Strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit 319
(§. 51 Str.-G.-B.)
1. Zustand von Bewusstlosigkeit 320
2. Krankhafte Störung der Geistesthätigkeit 323
3. Strafmündigkeit. Jugendliche Verbrecher 324
4. Geminderte Zurechnungsfähigkeit 328
B. Missbrauch geisteskranker Personen zum Beischlaf 330
(§. 176 Str.-G.-B.)
C. Geisteskrankheit infolge einer Körperverletzung . 331
D, Strafrechtliche Verantwortung des Irrenarztes . . 332
E. Verhandlungs-, Zeugniss- und Eidesfähigkeit eines Geisteskranken 333
(§§. 56, 203 und 250 Str.-P.-O.)
F. Strafvollzug bei Geisteskranken 335
(§§. 485 und 487 Str.-P.-O.)
G. Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt. Verbrecherische Geisteskranke und geisteskranke Verbrecher. Simulation von Geisteskrankheit . . 336
III. Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit in Zivilsachen 340
A. Entmündigung 340
(§. 6 B. G.-B.)
1. Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche 340
2. Entmündigung wegen Trunksucht 344
B. Vorläufige Bevormundung oder Pflegschaft 345
(§§. 1906 und 1908 B. G.-B.)
C. Die Geschäftsfähigkeit 348
(§§. 104, 106, 114 B. G.-B.)
1. Geschäftsunfähigkeit (§. 131 B. G.-B.) 348
2. Beschränkte Geschäftsfähigkeit 351
3. Die Testirfähigkeit (§§. 2229, 2230, 2233, 2243 B. G.-B.) . . 352
4. Die Prozess- und Eidesfähigkeit 354
5. Gutachten über die Geschäftsfähigkeit 354
D. Eherecht der Geisteskranken. Ehescheidung wegen Geisteskrankheit 354
(§§. 1325, 1331, 1334, 1478, 1583 B. G.-B.)
E. Die Schadenersatzpflicht und Deliktfähigkeit der Geisteskranken 359
(§§. 823, 827, 832 B. G.-B.)
F. Verfahren bei der Entmündigung 361
1. Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche 361
(§§. 645—679 Z. P.-O.)
2. Verfahren bei Entmündigung wegen Trunksucht 370
(§§. 680—687 Z. P.-O.)
IV. Die besonderen, bei der psychiatrischen Begutachtung zu berücksichtigenden einzelnen Seelenstörungen 373
A. Die Stimmungsanomalien od. Gemüthserkrankungen 373
1. Melancholie 373
2. Manie 375
B. Verstandeserkrankungen. Paranoiagruppe 377
1. Akute Paranoia, akutes halluzinatorisches Irresein 377
2. Chronische Formen der Paranoiagruppe. Querulantenwahnsinn 378
C. Komplizirte Seelenstörungen 380
1. Epilepsie 381
2. Hysterie 384

3. Psychische Veränderungen nach einem Traume 386
4. Degeneratives Irresein 386
D. Organisch bedingte Seelenstörungen 387
1. Progressive Paralyse 387
2. Senile Seelenstörung 388
E. Intoxikationspsychosen 389
1. Der Alkoholismus. Die alkoholischen Seelenstörungen . . . 389
2. Andere Intoxikationspsychosen (Morphinismus) 393
F. Der Schwachsinn 393
G. Perverser Sexualtrieb 396

Vierter Theil.

Die ärztliche Sachverständigen-Thätigkeit auf dem Gebiete der Unfall-, Invaliditäts- und Lebensversicherung.

Bearbeitet von Privatdozent **Dr. Stolper**, kommissarischem Kreisarzt in Göttingen, unter Mitwirkung des **Herausgebers.**

Einleitung 401

Unfallversicherung.

I. Die öffentliche Unfallversicherung 403
A. Gesetzliche Organisation 404
1. Allgemeines 404
2. Kreis der Versicherten. (§§. 1—3 G. U. V. G.) 405
3. Berufsgenossenschaften 407
4. Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung; Vertrauensärzte derselben 409
5. Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsämter . . . 413
B. Unfallanzeigen und Feststellung des Unfalls mit tödtlichem und nichttödtlichem Ausgange. Heilverfahren 414
(§§. 63 und 22—24 d. G. U. V. G.)
C. Begriff „Betriebsunfall" 419
D. Ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsstörung 422
E. Rentenfestsetzung durch die Berufsgenossenschaften und ärztliche Abschätzung der Erwerbsfähigkeit im Allgemeinen 427
(§§. 9, 10, 69—72, 75, 77, 80 G. U. V. G.)
F. Veränderung der Verhältnisse, Fälligkeitstermin; Ruhen der Rente; Kapitalsabfindung 436
(§§. 88—95 G. U. V. G.)
G. Verhalten des ärztlichen Untersuchers zum Verletzten 440
1. Allgemeines 440
2. Vortäuschung und Uebertreibung 442
3. Untersuchung Unfallverletzter 445
4. Das ärztliche Gutachten 451
H. Untersuchung und Beurtheilung der häufigeren Verletzungsfolgen 452
1. Verletzungsfolgen an den oberen Extremitäten 452
2. Verletzungsfolgen an den unteren Extremitäten 457
3. Verletzungen des Gesichts und des Kopfes 461
4. Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Neurasthenie, Hysterie (traumatische Neurose), Epilepsie, Geisteskrankheit 461
5. Gehirnschlag und Unfall 467
6. Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks 467

7. Verletzungen des Auges und deren Folgen 468
8. Störungen des Gehörorgans 471
9. Verletzungen an Brust- und Bauchorganen
a) Allgemeines 472
b) Traumatische Lungenkrankheiten 474
c) Herzerkrankungen durch Betriebsunfall 476
d) Brustleiden in Folge von Unfällen 476
e) Unfallfolgen an den Geschlechtsorganen 478

II. Private Unfallversicherung 481

Invalidenversicherung.

1. Organisation. Höhe der Beiträge 488
2. Kreis der Versicherten, Anspruch und Wartezeit . 489
(§§. 1, 28 und 29 I. V. G.)
3. Veränderung der Verhältnisse; Entziehung der Rente 490
(§§. 47 und 48 I. V. G.)
4. Uebernahme des Heilverfahrens 490
(§§. 18—22 I. V. G.)
5. Erwerbsunfähigkeit. Höhe der Rente 492
(§. 113 I. V. G.)
6. Aerztliche Gutachten 493

Lebensversicherung.

Allgemeines 497
Hausärztliche und vertrauensärztliche Zeugnisse . . 500

Anhang.

A. Muster für Obduktionsprotokolle 506
1. Bekannte Leiche. Tod durch Erhängen 506
2. Bekannte Leiche. Tod durch Vergiftung mit Blausäure . . . 507
3. Sektion eines Neugeborenen 511
B. Begutachtung von psychopathischen Zuständen
Muster für Gutachten in Strafsachen 513
Muster für Gutachten in Zivilsachen 516
C. Muster für ein gerichtsärztliches Gutachten über eine Körperverletzung 517
D. Nachtrag von amtlichen Verfügungen, gerichtlichen Entscheidungen u. s. w. 518

Einleitung.

Geschichtliche Entwicklung der gerichtlichen Medizin und ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit; dieselben als besonderes Unterrichts- und Prüfungsfach. Vorbildung und Bestellung von Gerichtsärzten und ärztlichen Sachverständigen in erster und höherer Instanz.

Geschichtliche Entwickelung: Obwohl schon die Gesetzgebung des Alterthums und des Mittelalters z. B. das römische Strafrecht, der Codex Justinianeus, die Gesetze der Alemannen u. s. w. Bestimmungen über ärztliche Kunstfehler (die von Sulla erlassene lex Cornelia), Zurechnungsfähigkeit, Kindesmord, Abtreibung, Feststellung der Schwangerschaft, Bussen bei Körperverletzungen u. s. w. enthielten, für deren Durchführung der technische Sachverständigenbeweis gleichsam die Vorbedingung bildete, hat sich die Erkenntniss von der Nothwendigkeit einer Zuziehung ärztlicher Sachverständiger auf dem Gebiete der Rechtspflege erst im 16. Jahrhundert Bahn gebrochen, als man in der Strafgesetzgebung an Stelle des bisher angenommenen Standpunktes, der hauptsächlich den Schutz des Beschädigten im Auge hatte, die Wahrung des öffentlichen Interesses in den Vordergrund stellte. Die Bamberger peinliche Hals-Gerichtsordnung vom Jahre 1507, auf der im Wesentlichen die peinliche Hals- und Gerichtsordnung Karls V. (Carolina) vom Jahre 1532 beruht und die von ihrem Urheber Joh. von Schwarzenberg im Jahre 1516 auch im Kurfürstenthum Brandenburg eingeführt wurde, forderte ausdrücklich die Mitwirkung von ärztlichen Sachverständigen (Leibärzten, Wundärzten u. s. w.) bei dem Strafverfahren wegen Todtschlags, Kindesmords, Fruchtabtreibung, Vergiftung, Kunstfehler u. s. w.; sie bildete somit die Veranlassung, dass sich die Aerzte nunmehr eingehender mit den für die forensische Beurtheilung derartiger Fragen massgebenden wissenschaftlichen Grundsätzen beschäftigten. Dazu kam, dass fast gleichzeitig Vesal (1514—1565) die Lehre von der mensch-

lichen Anatomie auf Grund eigener Beobachtungen und Forschungen an der Leiche, völlig umgestaltete und durch sein unsterbliches Werk „Vom Bau des menschlichen Körpers", ausgestattet mit künstlerischen Abbildungen von St. von Calcar, eine sichere feste Grundlage schaffte, auf der auch die gerichtliche Medizin als Wissenschaft ausgebaut werden konnte. Den ersten Anstoss zu diesem Ausbau gaben die Italiener F. Fedele (Fidelis) in Palermo (1571—1630) und der päpstliche Leibarzt Zachias in Rom (1584—1650) dessen zuerst im Jahre 1630 erschienenes Werk: „Quaestiones medico-legales" wiederholt aufgelegt ist; auch dem grossen Chirurgen Ambr. Paré, der schon im Jahre 1562 die erste gerichtliche Leichenöffnung vorgenommen hatte, kommt in dieser Beziehung ein grosses Verdienst zu.

Im 17. Jahrhundert waren es hauptsächlich deutsche Aerzte (Ammann, (1634—1691) Bohn, Welsch u. s. w.), die sich die Förderung der gerichtlich-medizinischen Wissenschaft angelegen sein liessen; desgleichen war es ein deutscher Arzt, J. Schreyer, Stadtphysikus in Zeitz, der im Jahre 1682 die Lungenschwimmprobe, die schon vorher von Swammerdam (1669) beschrieben war, auf C. Raygers in Pressburg Empfehlung hin zum ersten Male in forensischer Hinsicht bei Kindesmord praktisch verwerthete. Auch die erheblichen Fortschritte, welche die gerichtliche Medizin im 18. Jahrhundert in Bezug auf die Beurtheilung der Geschlechtsverhältnisse (Zwitter, Zeugungsvermögen, Nothzucht, Jungfernschaft, Schwangerschaft, Geburt), des Kindesmordes (Lebensfähigkeit der Früchte, Lungenschwimmprobe, Ossifikationsdefekte am Schädel, Verblutung aus der Nabelschnur u. s. w.), der tödtlichen und nicht tödtlichen Wunden, der gewaltsamen Todesarten (Tod durch Erhängen, Ertrinken, Ersticken u. s. w.) gemacht hat, sind hauptsächlich deutschen Forschern (Valentin (1657—1729), Zittmann (1671—1757), Alberti (1682—1757) Teichmeyer (1685—1746), Hebenstreit (1702—57), v. Haller (1708—77), Eschenbach (1712—88), Metzger (1739—1805), Daniel (1753—98), Ploucquet (1744—1814), Pyl (1744—94) u. s. w.) zu verdanken, die gewissermassen die Grundlagen für unsere heutigen Anschauungen auf diesem Gebiete schufen und es immer mehr zu einer selbständigen Spezialwissenschaft ausbildeten, unterstützt durch die grossen Errungenschaften der Chirurgie und namentlich der durch Morgagni (1682—1772) neubegründeten pathologischen Anatomie, deren ausserordentliche Bedeutung für die zu jener Zeit bereits allgemein eingeführten gerichtlichen Obduktionen hier nicht weiter hervorgehoben zu werden braucht. Für die Ausführung der letzteren wurden auch von verschiedenen Autoren mehr oder weniger ausführliche Anleitungen gegeben, die für damalige Verhältnisse als durchaus brauchbar und zweckentsprechend bezeichnet werden können. Gleichzeitig ermöglichten die Fortschritte der Chemie eine genauere Kenntniss der Gifte und deren Nachweis nach ihrer Aufnahme in den menschlichen Körper; jedoch war es erst den Forschungen

des 19. Jahrhunderts vorbehalten, auf dem Gebiete der gerichtlichen Toxikologie sichere und zuverlässige Grundlagen und Untersuchungsmethoden festzustellen. Dasselbe gilt in Bezug auf die gerichtliche Psychiatrie, wenn sich auch nicht leugnen lässt, dass schon gegen Ende des 18. Jahrhunderts die bisherigen mystisch-theologischen Anschauungen über das Wesen der Geisteskrankheit erschüttert waren und sich dadurch auch diejenigen über die Zurechnungsfähigkeit u. s. w. zu klären begonnen hatten.

Zu Anfang des letzten Jahrhunderts ging die Führung auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin für kurze Zeit auf französische Forscher über, von denen insbesondere Orfila (1787—1853) und Devergie die Lehre von den Leichenveränderungen, gewaltsamen Todesarten und speziell von den Vergiftungen fast völlig neu gestalteten. Aber auch deutsche Aerzte wie Wildberg, Mende (1779—1832), Authenrieth (1772—1835) und vor allem Henke (1775—1840), dessen klassisches Lehrbuch der gerichtlichen Medizin zahlreiche Auflagen erlebte, sorgten dafür, dass die „Staatsarzneikunde" in fortschreitender Entwickelung blieb und schliesslich weiter unter der Führung von Casper (1796—1864), Liman (1818—1891), v. Maschka (1810—95) und v. Hofmann (1837—97) einen grossen Aufschwung nahm, an dem auch französische (Tardieu) und englische Forscher (Taylor) wesentlich betheiligt waren. Es erübrigt sich, an dieser Stelle auf die bahnbrechenden Arbeiten der ebengenannten Vertreter der gerichtlichen Medizin näher einzugehen; sie werden ebenso wie diejenigen der jetzt lebenden Fachmänner im speziellen Theile dieses Handbuches oft genug erwähnt werden. Im innigen Zusammenhang mit diesem Aufschwung steht auch derjenige der gerichtlichen Psychiatrie, wie bei der vollständigen, mit der Wende des Jahrhunderts beginnenden Umgestaltung der Psychiatrie nicht anders zu erwarten stand. Die schon von Pinel (1755—1826), Esquirol (1772—1840), Ideler (1795—1860) und anderen eingeleitete Entwickelung der Irrenheilkunde wurde vor allem von Griesinger (1817—1868) durch den Grundsatz: Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten, in die richtigen Wege geleitet und ihr dadurch ein Fundament gegeben, auf dem sich dieser Zweig der medizinischen Stammwissenschaft zu grosser Blüthe entwickelt und die herrlichsten Früchte getragen hat, auch in forensischer Hinsicht, namentlich in Bezug auf die wichtige Frage der Zurechnungsfähigkeit. Nicht minder Hervorragendes hat die im 19. Jahrhundert zu neuem Leben erwachte chemische Wissenschaft für die forensische Beurtheilung und Entdeckung von Vergiftungen beigetragen.

Die gerichtliche Medizin charakterisirt sich als angewandte Medizin; ihren Nährboden bildet die gesammte medizinische Wissenschaft und ihr Wachsthum wird daher ein um so kräftigeres sein, je mehr diese gedeiht und je mehr sich deren einzelne Zweige entwickeln, wie solches innerhalb des letzten Jahrhunderts in ungeahnter Weise stattgefunden hat. Die

grossen Forschungsergebnisse der normalen und pathologischen Anatomie, der Histologie und Physiologie, der inneren Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshülfe, sowie der übrigen medizinischen Spezialwissenschaften, die ausserordentliche Verbesserung und Erweiterung der medizinischen Untersuchungsmethoden unter Benutzung aller für diesen Zweck dienlichen Hülfswissenschaften wie Physik und Chemie, Mikroskopie und Spektroskopie, Bakteriologie, Photographie, Radiographie u. s. w. haben daher auch für die Fortschritte der gerichtlichen Medizin eine segensreiche Rückwirkung gehabt. Dazu kommt, dass ihre Lehren auch für die neuere Gesetzgebung und Rechtsprechung nicht ohne Einfluss geblieben sind, und das sich vor allem ihr Arbeitsfeld in Folge der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit auf dem Gebiete der Unfall- und Invaliditätsversicherung ungemein erweitert hat; denn diese Thätigkeit ist strenggenommen eine rein gerichtlich-medizinische.

Trotz der grossen Bedeutung, welcher der gerichtlichen Medizin, besonders im öffentlichen Interesse mit Rücksicht auf die Rechtsprechung, beigemessen werden muss, nimmt sie leider zur Zeit als **Unterrichts- und Prüfungsfach** nicht die ihr gebührende Stellung ein, wenigstens soweit die deutschen, speziell die preussischen Universitäten hierbei in Betracht kommen. Während in Frankreich, Russland, Italien, in der Schweiz und vor allem in Oesterreich an jeder Universität eine ordentliche Professur mit eigenem Institut, Laboratorium u. s. w. für gerichtliche Medizin besteht und letztere ein besonderes Prüfungsfach bildet, ist sie im Lehrkörper der deutschen Universitäten meist nur im Nebenamt vertreten und wird, weil in ihr eine Prüfung nicht stattfindet, von den angehenden Aerzten auch nebensächlich behandelt oder ganz vernachlässigt. Desgleichen fehlen fast überall den Anforderungen entsprechend ausgestattete gerichtlich-medizinische Institute,[1]) die hier für den Unterricht mindestens ebenso nothwendig sind als bei den übrigen Disziplinen der Medizin; denn die gerichtliche Medizin ist eben eine Erfahrungs-Wissenschaft, in der ein erfolgreicher und fruchtbringender Unterricht nicht ertheilt werden kann, wenn den Hörern nicht die Objekte, über die vorgetragen wird, an theils frischen, theils konservirten einschlägigen Präparaten mikroskopischer und makroskopischer Art demonstrirt und ihnen die erforderlichen Untersuchungsmethoden praktisch vorgeführt werden können. Das Material dazu sowohl, als zu Sektionen solcher Leichen, die den Objekten der forensischen Praxis gleichen (Selbstmorden, Verunglückten, Todtgeborenen, plötzlich Verstorbenen u. s. w.) dürfte in allen Universitätsstädten vorhanden und behufs seiner Ausnutzung zu Unterrichtszwecken nur eine ministerielle Anweisung erforderlich sein. Ebenso wird es unschwer sein, Untersuchungen an Lebenden (z. B. solche von Geisteskranken, Unfallverletzten

[1]) Von den preussischen Universitäten macht in dieser Hinsicht nur Berlin eine Ausnahme; hier besteht eine besondere „praktische Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde", die mit einem Leichenschauhaus verbunden ist.

und Invalidenrentenanwärtern u. s. w.) zu dem gleichen Zwecke zu verwerthen, da der Universitätslehrer stets gleichzeitig Gerichtsarzt, oft auch Gefängnisarzt oder Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften u. s. w. sein und demgemäss hinreichend Gelegenheit zu derartigen Untersuchungen haben wird. Ebenso wie die hygienischen Universitäts-Institute jetzt gleichsam den Mittelpunkt bilden, von dem die praktische Hygiene ausgeht, so würden auch die forensischen Institute dazu dienen, die Wissenschaft der gerichtlichen Medizin durch selbstständige Forschungen zu fördern und zu solchen Anregung zu geben. Leider sind wir aber in Preussen von diesem Ideal vorläufig noch weit entfernt; eine Besserung wird in dieser Hinsicht jedoch voraussichtlich bald zu erwarten sein, wenn, wie dies im Entwurf der neuen Prüfungsordnung vorgesehen ist, die gerichtliche Medizin zum Prüfungsfach erhoben und ihr Studium dadurch für die Mediziner obligatorisch gemacht wird. Dann dürfte sie ihre jüngere Schwester der Staatsarzneikunde, der Hygiene, von der sie in den letzten Jahrzehnten überflügelt ist, sehr bald wieder einholen und nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch im öffentlichen Leben die ihr gebührende Stellung einnehmen.

Die von mancher Seite vertretene Ansicht, dass der Besitz tüchtiger medizinischer Kenntnisse genüge, einen jeden Arzt zum Gerichtsarzt und ärztlichen Sachverständigen zu befähigen, wird, wie Strassmann sehr richtig bemerkt,[1]) schon durch die einfache ärztliche Erfahrung wiederlegt, „dass manchmal tüchtige Aerzte vor Gericht eine Unkenntniss der elementarsten Lehren der gerichtlichen Medizin bekunden, dass einer unserer ersten Chirurgen sich über die Kriterien des Nahschusses ununterrichtet zeigt, dass Aerzte von vortrefflicher Allgemeinbildung mehrfach den Tod durch Erhängen auf die Kompression der Luftröhre zurückgeführt haben, eine Lehre, mit der die gerichtliche Medizin seit 50 Jahren fertig ist." Gerade die Unkenntniss so vieler Aerzte auf diesem Gebiete einerseits, wie die Nothwendigkeit ihrer Mitwirkung anderseits muss im Verein mit der hohen Bedeutung des ärztlichen Sachverständigenbeweis, von dem nicht selten das Schicksal, die Ehre, Freiheit, ja selbst das Leben einer Person abhängt, dahin führen, dass jene nach dieser Richtung hin besser ausgebildet werden und auch in der Prüfung den Beweis dafür zu erbringen haben. Wenn der Richter auch künftighin in der Regel den beamteten Arzt als gerichtlichen Sachverständigen wählen wird, so muss er doch in allen Fällen, in denen ein Arzt durch seine Berufsthätigkeit Kenntniss von einer Gesundheitsbeschädigung, einem gewaltsamen Tode u. s. w. erlangt hat, auch diesen als Sachverständigen heranziehen und sein Gutachten einholen. Bei leichteren Körperverletzungen bildet dies überhaupt die Regel; der behandelnde Arzt ist hier meist der einzige Sachverständige. Aber auch in anderen Fällen erfolgt häufig seine Zuziehung; er kann dann durch richtige Beurtheilung der einschlägigen

[1]) Strassmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin; Stuttgart 1895, S. 15.

Verhältnisse dem untersuchenden Richter unschätzbare Dienste leisten, andernfalls durch Unkenntniss einen für das weitere Verfahren nicht wieder gut zu machenden Schaden herbeiführen; denn auf die von ihm gegebenen Aufschlüsse wird es nicht selten ankommen, ob die richtige Spur für ein Verbrechen gefunden, ob der Schuldige entdeckt oder ein Unschuldiger verdächtigt wird u. s. w. Nicht minder werden seine Angaben und gutachtlichen Aeusserungen für die Beurtheilung von Rentenansprüchen in Unfall- und Invaliditätssachen ausschlaggebend sein. Gerade auf diesem Gebiete ist die Thätigkeit des praktischen Arztes als eines sachverständigen Berathers eine sehr bedeutende, während sie auf demjenigen der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie zurücktritt, da hier vorzugsweise besonders bestellte und geprüfte Gerichtsärzte in Anspruch genommen werden.

Nach § 73, Abs. 1 der Str. Pr. O. und § 404, Abs. 1 der Z. Pr. O.[1]) ist die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen zwar dem Richter überlassen, jedoch sollen, wenn für besondere Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt sind, nach Abs. 2 der vorher angeführten §§ nur dann andere Personen gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern; bei gerichtlichen Obduktionen muss jedoch von den beiden Obduzenten der eine stets ein Gerichtsarzt sein (§ 87 der Str. Pr. O.).[2]) In Preussen sind ebenso wie in fast allen anderen deutschen Bundesstaaten[3]) beamtete Aerzte (bisher Kreisphysiker und Kreiswundärzte, künftighin Kreisärzte und Kreisarztassistenten[4]) angestellt, die mit wenigen Ausnahmen[5]) als Gesundheitsbeamte und **Gerichtsärzte erster Instanz** fungiren. Die Vereinigung dieser beiden Thätigkeiten in einer Person beruht in der historischen Entwickelung der „Staatsarzneikunde", unter der früher allgemein Gesundheitspolizei und gerichtliche Medizin verstanden wurde. Diese Vereinigung wird auch künftighin in Preussen bestehen bleiben; denn in § 8 des neuen Kreisarztgesetzes vom 16. September 1899 heisst es:

„Der Kreisarzt ist der Gerichtsarzt seines Amtsbezirkes. Wo besondere Verhältnisse es fordern, kann die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte besonderen Gerichtsärzten übertragen werden."

---

[1]) Siehe S. 13.

[2]) Siehe S. 22.

[3]) In den übrigen deutschen Bundesstaaten sind die Amtsärzte gleichzeitig Gerichtsärzte, ausgenommen in Bayern, Oldenburg, Sachsen-Weimar, Koburg-Gotha, Bremen und Elsass-Lothringen, wo besondere Gerichtsärzte angestellt sind. Zum Theil sind diese Gerichtsärzte aber gleichzeitig Sanitätsbeamte (z. B. in der bayrischen Pfalz, in Sachsen-Weimar und in Sachsen-Koburg-Gotha; z. Theil fungiren in diesen Staaten die Sanitätsbeamten als Gerichtsärzte bei den Amtsgerichten z. B. in Bayern. In Oesterreich-Ungarn, Russland, Schweden, Norwegen und Dänemark sind die Verhältnisse wie in Preussen; in England, Belgien, Frankreich und Italien giebt es keine besonderen Gerichtsärzte; in Frankreich ist deren Einführung jedoch beabsichtigt und ein entsprechender Gesetzentwurf ausgearbeitet.

[4]) Das Nähere darüber wird im II. Band gebracht werden.

[5]) Bisher sind in Berlin, Breslau, Königsberg und Köln besondere gerichtliche Stadtphysiker angestellt.

Die Frage, ob es zweckmässig ist, die gerichtsärztliche Thätigkeit von den sonstigen Dienstgeschäften des beamteten Arztes zu trennen, hat bekanntlich bei der Berathung des Kreisarztgesetzes eine sehr lebhafte Erörterung für und wider gefunden; auf diese Kontroversen hier näher einzugehen, dürfte sich jedoch erübrigen, nachdem für Preussen die Entscheidung getroffen ist. Jedenfalls lässt sich nicht leugnen, dass sich das bisherige und bis auf Weiteres beizubehaltende System bewährt hat; auch haben beide Disziplinen viele gemeinsamen Gesichtspunkte, vor allem den, dass es sich bei beiden um eine Sachverständigen-Thätigkeit handelt. Keine Meinungsverschiedenheit hat aber über die Nothwendigkeit eine **besondere Vor- und Fortbildung** der beamteten Aerzte und damit auch der Gerichtsärzte geherrscht. Eine **staatsärztliche Prüfung** ist überhaupt in Preussen schon sehr früh (durch die Königl. Verordnungen vom 27. Juni und 5. December 1764) für die Physiker vorgeschrieben und sowohl in den ersten Prüfungsvorschriften, als auch in allen später erlassenen, selbst noch in denjenigen vom 24. Januar 1896 der Schwerpunkt gerade auf die gerichtliche Medizin und Psychiatrie gelegt. Wir lassen diese Prüfungsvorschriften hier unerwähnt, da sie jedenfalls mit dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes abgeändert werden; hoffentlich werden in ihnen dann auch die Anforderungen in Bezug auf die gerichtsärztliche Vorbildung des Kreisarztes gesteigert, denn die jetzigen Bestimmungen genügen nach dieser Richtung hin nicht. Dass Jemand z. B. während seiner Studienzeit eine Vorlesung über gerichtliche Medizin gehört und eine psychiatrische Klinik während eines Halbjahres mit Erfolg besucht, künftighin vielleicht auch die durch die neue medizinische Prüfungsordnung eingeführte Fachprüfung in gerichtlicher Medizin und Psychiatrie bestanden hat, sollte unseres Erachtens nicht als ausreichend für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung erachtet, sondern eine längere, praktische Thätigkeit in einem gerichtlich-medizinischen und pathologisch-anatomischen Institute sowie an einer öffentlichen, nicht ausschliesslich für Unheilbare bestimmten Irrenanstalt verlangt werden; desgleichen müsste die mündliche Prüfung noch nach der praktischen Seite hin erweitert werden. Nicht minder nothwendig sind aber für die bereits angestellten beamteten Aerzte regelmässig wiederkehrende **Fortbildungskurse** in der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, damit sie ihre Kenntnisse auf diesem Gebiete fortwährend ergänzen und mit den Fortschritten der Wissenschaft sowohl in theoretischer, wie in praktischer Hinsicht jederzeit vollkommen vertraut sind. Bei einer solchen intensiven, gleichsam spezialistischen Vor- und Fortbildung der Kreisärzte würde auch die jetzt noch in Preussen übliche Revision aller Obduktionsverhandlungen und Gemüthszustands-Untersuchungen durch die Provinzial-Medizinalkollegien überflüssig werden. Eine solche besteht fast in keinem anderen Staate; desgleichen erstatten Gerichts- und praktische Aerzte oft in anderen, äusserst wichtigen gerichtlichen Angelegen-

heiten ebenso wie sonstige Sachverständige, Chemiker, Bautechniker u. s. w. Gutachten ab, die keiner Nachprüfung unterliegen, ohne dass diesen Gutachten ein geringerer Werth zukommt oder die Rechtspflege irgend welchen Nachtheil dadurch erfahren hat.

Als **gerichtsärztliche Fachbehörden höherer Instanz** zur Abgabe von **Obergutachten** fungiren in Preussen die Provinzial-Medizinalkollegien und die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, deren Organisation im zweiten Bande ausführlich besprochen werden wird. Hier sei nur kurz erwähnt, dass beide Behörden eine kollegiale Zusammensetzung haben und ihre Thätigkeit von den Gerichtsbehörden nur in Straf- und Entmündigungssachen, sowie in solchen Zivilprozessen, mit deren Entscheidung ein öffentliches Interesse verbunden ist, in Anspruch genommen werden soll.[1]) Eine Heranziehung dieser Behörden bei Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes in Unfallsachen ist nach dem R. Erl. vom 10. April 1888, mitgetheilt durch Schreiben des Reichskanzlers vom 1. April 1888,[2]) dagegen nur in einzelnen besonderen Fällen zulässig, in denen ein überwiegendes öffentliches Interesse die Aufklärung des Sachverhaltes durch wissenschaftlich-technische Behörden, unabweisbar erfordert. Es bedarf dann jedoch stets eines begründeten, bei dem Reichskanzler einzureichenden Antrages, der von diesem nach Prüfung der Landes-Zentralbehörde zur weiteren Veranlassung übermittelt wird.[2]) Die von

[1]) In den übrigen deutschen Bundesstaaten bestehen meist ähnliche Kollegialbehörden (Medizinalkollegien, Medizinalkommissionen u. s. w.) zur Abgabe von gerichtsärztlichen Obergutachten. In Bayern werden diese von den medizinischen Fakultäten der Landesuniversitäten gebildet (Medizinalkomitees); in anderen Bundesstaaten werden Professoren einer benachbarten Universität (Sachsen-Altenburg, Schwarzburg-Rudolstadt, Schwarzburg-Sonderhausen, Reuss ältere und jüngere Linie) oder der Landesuniversität (Elsass-Lothringen) als Obergutachter herangezogen.

[2]) In diesem Schreiben heisst es: „Die Medizinalkollegien sowie die Königl. Preussische wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen sind nach den für diese Sachverständigen-Kollegien massgebenden Bestimmungen im Allgemeinen nur für Kriminalfälle und Entmündigungssachen zur Erstattung von Obergutachten berufen. In Zivilprozessen wird die Thätigkeit dieser Behörden nur dann in Anspruch genommen, wenn mit der Entscheidung des Prozesses ein öffentliches Interesse verbunden ist; in diesen letzteren Fällen bedarf es eines besonderen Auftrages des vorgesetzten Herrn Ministers. Hiermit hängt es zusammen, dass die Thätigkeit jener Sachverständigen-Kollegien eine unentgeltliche ist. Diese Grundsätze müssen auch bei den vor dem Reichsversicherungsamt verhandelten Streitsachen in Angelegenheiten der Unfallversicherung Beachtung finden..... Es erscheint unzulässig, technische, für besondere Zwecke errichtete Behörden über den Kreis ihrer bestimmungsmässigen Thätigkeit hinaus um die Erstattung von Gutachten anzugehen, welche durch die Heranziehung anderer Sachverständiger zu ersetzen sind. Sofern das Reichsversicherungsamt in einzelnen besonderen Fällen annehmen sollte, dass ein überwiegendes öffentliches Interesse die Aufklärung des Sachverhaltes durch wissenschaftliche oder technische Landesbehörden, insbesondere durch die Königl. Preussischen Medizinal-Kollegien oder die Königl. Preussische wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, unabweisbar erfordert, wolle dasselbe hierüber unter eingehender Darlegung des Sachverhaltes an mich berichten. Nach Prüfung des besonderen Falles werde ich sodann erwägen, ob die zuständige Landes-Zentralbehörde um ihre Mitwirkung zur Erledigung des speziellen Falles ersucht werden kann, und eventuell das in dieser Beziehung Erforderliche veranlassen".

einzelnen Berufsgenossenschaften angestrebte Bildung ärztlicher Kollegien zur Abgabe von Obergutachten in Unfallsachen ist in Preussen nicht zulässig, sondern nach einer durch Rundschreiben des Reichsversicherungsamtes vom 15. Oktober 1895 mitgetheilten Ministerial-Entscheidung ist den Berufsgenossenschaften nur gestattet, die Aerztekammern durch Vermittelung des zuständigen Oberpräsidenten zur Benennung von Obergutachtern in Anspruch zu nehmen.[1])

[1]) Das betreffende Rundschreiben lautet: „Die Mitwirkung der Aerztekammern hat sich darauf zu beschränken, im einzelnen Falle auf jedesmaligen Antrag einen einzelnen Obergutachter zu benennen und die Erstattung eines Gutachtens durch denselben zu vermitteln. Dagegen ist es den preussischen Aerztekammern versagt, etwa besondere Kollegien von Sachverständigen zu bilden, oder auch nur von vornherein allgemein eine Anzahl von Aerzten als Obergutachter zu bezeichnen". In Bayern sind dagegen durch Verordnung vom 27. Juli für jeden Regierungsbezirk derartige ärztliche Kollegien zur Abgabe von Obergutachten in Unfallsachen eingerichtet. Sie bestehen aus 3 Mitgliedern und 6 Stellvertretern, die auf Vorschlag der Aerztekammer vom verstärkten Obermedizinalausschuss auf 6 Jahre gewählt werden.

Die Thätigkeit des Gerichtsarztes und ärztlichen Sachverständigen im Allgemeinen.

I. Die gesetzlichen Bestimmungen über die Heranziehung, Pflichten und Rechte des ärztlichen Sachverständigen.

Der ärztliche Sachverständige, mag er nun als solcher vor den ordentlichen Gerichten oder in Unfall- und Invaliditätssachen oder als Vertrauensarzt bei privaten Lebens- und Unfall-Versicherungsgesellschaften u. s. w. thätig sein, muss nicht nur die medizinische Wissenschaft, namentlich die erforderlichen Untersuchungsmethoden, vollständig beherrschen, sondern er muss auch mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen bekannt sein und bei seiner Thätigkeit stets deren Zweck im Auge behalten. Tüchtige medizinische Kenntnisse befähigen den Arzt, wie wir bereits vorher betont haben, noch lange nicht zum ärztlichen Sachverständigen oder Gerichtsarzt; denn die für die Heilung von Krankheiten massgebenden Gesichtspunkte sind wesentlich verschieden von denjenigen, die für die Beurtheilung gerichtsärztlicher Fälle in Betracht kommen. Hier handelt es sich darum, auf Grund sorgfältiger Beobachtung und unparteiischer Würdigung der Untersuchungsergebnisse sowie unter Berücksichtigung der gesetzlich festgelegten Begriffe ein für den richterlichen Zweck brauchbares Gutachten abzugeben, da dieses nur dann dem Richter als Grundlage für das von ihm zu fällende Urtheil dienen kann.

Die Kenntniss der gesetzlichen Bestimmungen ist aber auch mit Rücksicht auf die formelle Seite der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit erforderlich; der Arzt läuft sonst Gefahr, nicht nur in seinem Ansehen Schaden zu erleiden, sondern auch mit dem Zivil- oder Strafrecht in Konflikt zu kommen. Er muss daher mit dem Gang des gerichtlichen Verfahrens in Straf- und Zivilsachen, mit den Bestimmungen über die Pflichten und Rechte der Sachverständigen vor den ordent-

lichen Gerichten vertraut sein, und zwar umsomehr, als diese auch für die Sachverständigenthätigkeit vor den Schiedsgerichten in Unfall- und Invaliditätssachen als Richtschnur gelten.

An dieser Stelle sollen nur die hierher gehörigen allgemeinen Vorschriften des Gerichtsverfassungsgesetzes, der Zivil- und Strafprozessordnung, ferner diejenigen des Strafgesetzbuches über Verletzung des Berufsgeheimnisses und Ausstellung falscher Zeugnisse angeführt werden, die besonderen Bestimmungen des Strafgesetzbuches, des Bürgerlichen Gesetzbuches u. s. w. werden dagegen in dem speziellen Theile des Handbuches an zutreffender Stelle erwähnt werden.

Nach § 12 des **Gerichtsverfassungsgesetzes vom 27. Januar 1877** mit den Aenderungen vom **17. Mai 1898** sind die ordentlichen Gerichte die Amtsgerichte, Landgerichte oder Landesgerichte und das Reichsgericht. Von diesen haben die Amtsgerichte über Streitigkeiten und vermögensrechtliche Ansprüche, deren Gegenstand in Geld oder Geldeswerth die Summe von 300 Mark nicht übersteigt, Recht zu sprechen; bei sonstigen bürgerlichen Rechtstreitigkeiten dagegen die Zivilkammern der Landgerichte, die gleichzeitig Berufungs- und Beschwerde-Instanz für die vor den Amtsgerichten verhandelten Zivilsachen sind. Als Berufungs- und Beschwerde-Instanz gegenüber den Landgerichten fungieren die Zivilsenate der Oberlandesgerichte und endlich der oberste Gerichtshof, das Reichsgericht, als Beschwerde- und Revisionsinstanz für das Oberlandesgericht.

Die unterste Instanz in Strafsachen bilden die aus einem Richter und 2 Schöffen bestehenden Schöffengerichte; sie sind zuständig für alle Uebertretungen, für Antragsvergehen und für solche Vergehen, die mit Gefängniss von höchstens 3 Monaten oder Geldstrafe bis 600 Mark bedroht sind. Alle übrigen Vergehen sowie Verbrechen, die mit Zuchthausstrafe bis höchstens 5 Jahren bestraft werden, und Verbrechen jugendlicher Personen, kommen dagegen vor den Strafkammern der Landgerichte zur Aburtheilung, die zugleich die Berufungs- und Beschwerde-Instanz gegen die Urtheile der Schöffengerichte bilden. Verbrechen, für die weder die Strafkammern der Landgerichte, noch das Reichsgericht zuständig sind, gehören zur Zuständigkeit der Schwurgerichte, die aus 3 Richtern und 12 Geschworenen bestehen. Das Reichsgericht bildet die Revisionsinstanz gegen Urtheile des Schwurgerichts und gegen erstinstanzliche Urtheile der Strafkammern des Landgerichts; ausserdem ist es alleinige Instanz für die Untersuchung und Entscheidung in Fällen von Hoch- und Landesverrath, während das Oberlandesgericht zuständig ist für die Revision gegen Urtheile der Strafkammern in der Berufungs-Instanz und gegen diejenigen Urtheile derselben, bei denen die Revision ausschliesslich auf die Verletzung einer in Landesgesetzen enthaltenen Rechtsnorm gestützt wird.

Aus dem Gerichtsverfassungsgesetz interessirt ferner die im § 170 gegebene Bestimmung, wonach alle Verhand-

lungen vor dem erkennenden Gericht öffentlich sind, und das Gericht die Oeffentlichkeit nur ausschliessen kann, wenn diese eine Gefährdung der öffentlichen Ordnung, insbesondere der Staatssicherheit oder der Sittlichkeit besorgen lässt. Ausserdem muss nach § 172 des Gesetzes der Ausschluss der Oeffentlichkeit bei dem Verfahren wegen Entmündigung oder Wiederaufhebung der Entmündigung während der Vernehmung der Entmündigten erfolgen; auch kann dieser auf Antrag eine der Parteien für die Verhandlung überhaupt angeordnet werden.

Endlich verdienen noch folgende Bestimmungen der Erwähnung:

§ 166. Für die Höhe der den geladenen Zeugen und Sachverständigen gebührenden Beträge sind die Bestimmungen massgebend, welche bei dem Gerichte gelten, vor welches die Ladung folgt.[1])

Sind die Beträge nach dem Rechte des Aufenthaltsortes der geladenen Personen höher, so können höhere Beträge gefordert werden.[2])

Bei weiter Entfernung des Aufenthaltsortes der geladenen Personen ist denselben auf Antrag ein Vorschuss zu bewilligen.

§ 178 ..... Zeugen und Sachverständige, welche den zur Aufrechthaltung der Ordnung erlassenen Befehlen nicht gehorchen, können auf Beschluss des Gerichts aus dem Sitzungszimmer entfernt, auch zur Haft abgeführt und während einer in dem Beschlusse zu bestimmenden Zeit, welche 24 Stunden nicht übersteigen darf, festgehalten werden.

§ 179. Das Gericht kann gegen ..... Zeugen, Sachverständige ..... welche sich in der Sitzung einer Ungebühr schuldig machen, vorbehaltlich der strafrechtlichen Verfolgung eine Ordnungsstrafe bis zu 100 Mark oder bis zu drei Tagen Haft festsetzen und sofort vollstrecken lassen.

Massgebend für die Sachverständigkeit u. Thätigkeit im Allgemeinen (Beweis durch Sachverständige und sachverständige Zeugen) sind die §§ 72—91, 157, 193, 218 bis 222, 238, 239, 247—250, 252 u. 255 der **Strafprozessordnung vom 1. Februar 1877** und die §§ 144, 371 u. 372, 383—385, 402—414 der **Zivilprozessordnung vom 30. Januar 1877,** in der Fassung vom **17. Mai 1898.** Die betreffenden Vorschriften stimmen ihrem Inhalte nach mehr oder weniger überein, wie sich aus der nachstehenden Zusammenstellung ergiebt, in der diejenigen der Strafprozessordnung vorangestellt und etwaige Abweichungen der einschlägigen Bestimmungen der Zivilprozessordnung in Kursivschrift beigefügt sind. Unberücksichtigt geblieben sind nur die hierher gehörigen Vorschriften über die Entmündigung, da diese besser in dem speziellen Theile (III) erwähnt werden.

---

[1]) Betreffs der den ärztlichen Sachverständigen, Gerichtsärzten u. s. w. zukommenden Gebühren wird auf den betreffenden Abschnitt im II. Band verwiesen.

[2]) Bei gerichtlichen Vorladungen in einem benachbarten Bundesstaate wird der ärztliche Sachverständige also nach den in Preussen üblichen Bestimmungen Gebühren beanspruchen können, falls diese in jenem Staate niedriger sind.

A. Sachverständige, Augenschein und Voruntersuchung.

§ 72. Auf Sachverständige[1]) finden die Vorschriften des sechsten Abschnittes über Zeugen entsprechende Anwendung,[2]) insoweit nicht in den nachfolgenden Paragraphen abweichende Bestimmungen getroffen sind.

Stimmt seinem Inhalte gemäss nach genau mit § 402 der Z.-Pr.-O. überein; diese enthält ausserdem noch folgende Bestimmung:

§ 403. Die Antretung des Beweises erfolgt durch die Bezeichnung der zu begutachtenden Punkte.[3])

§ 73. Die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen erfolgt durch die Richter.

Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen nur dann andere Personen gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern.[4])

---

[1]) „Sachverständige" sind Personen, die auf Grund besonderer Fachkenntnisse, deren Besitz nur durch eine spezialistische Thätigkeit oder durch eine künstlerische oder gewerbliche Uebung erlangt sein kann, ein Gutachten abgeben oder welche vom Richter behufs Ermittelung solcher Thatsachen oder Zustände zugezogen werden, zu deren Wahrnehmung derartige Fachkenntnisse erforderlich sind (Loewe: Strafprozessordnung; 8. Aufl., S. 326).

[2]) Die hier in Betracht kommenden Vorschriften sind an zutreffender Stelle in Anmerkung beigefügt.

[3]) Im Strafverfahren ist bei der Vorladung eine Mittheilung über den Gegenstand der Vernehmung nicht vorgeschrieben, es geschieht jedoch allgemein (s. übrigens Anm. 1 auf S. 15).

[4]) Nur bei der richterlichen Leichenschau und Leichenöffnung, sowie bei Verdacht auf Vergiftung (§§ 87 u. 91 Str.-Pr.-O., s. S. 22-23), bei Ehescheidungsprozessen wegen Geisteskrankheit, und beim Verfahren in Entmündigungs-Sachen (§§ 623, 654, 655 und 676 Z.-Pr.-O.; s. III. Theil dieses Bandes: gerichtliche Psychiatrie) schreibt das Gesetz die Zuziehung von Sachverständigen vor; im Uebrigen bestimmt der Richter die Wahl der Beweismittel und demgemäss auch die Zuziehung der Sachverständigen; jedoch hat er ebenso wie im Zivilprozessverfahren (s. oben § 404) auch im Strafverfahren (§§ 193, 218, 219, 238 S. 24-25) etwaigen Anträgen der Parteien bezw. des Angeklagten, soweit solche begründet sind, Folge zu geben. Der Richter kann somit, abgesehen von den vorhergenannten Fällen, auch in technischen Fragen ohne Zuziehung eines Sachverständigen entscheiden; desgleichen ist er nicht an dem Inhalt eines abgegebenen Gutachtens gebunden und kann beim Widerspruche zwischen mehreren Gutachten ohne Weiteres dem einen den Vorzug vor dem anderen geben, wenn er eines Obergutachtens oder einer sonstigen weiteren Aufklärung nicht zu bedürfen glaubt (Motive, S. 151).

Auch in der Auswahl der Sachverständigen ist der Richter unbeschränkt, soweit solche nicht für gewisse Arten von Gutachten öffentlich bestellt sind. Derartige öffentlich bestellte Sachverständige sind in Preussen: die Kreisphysiker (künftig die Kreisärzte), die gerichtlichen Stadtphysiker, sowie die Kreiswundärzte (künftig die Kreisarztassistenten); dagegen sind Mitglieder der Medizinalkollegien und der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalpersonen für ihre Person nicht ohne Weiteres als zur Erstattung von Gutachten öffentlich bestellt anzusehen. Be- Behinderung der Kreisphysiker u. s. w. soll nach der allg. Verf. des Just.-Mini vom 30. Januar 1893 (s. Anm. 2 auf S. 22) die Wahl auf einen pro physicatu approbirten Arzt gerichtet werden. Handelt es sich um Entmündigungen, so sollen nach § 14 No. 2 der allg. Verf. des Just.-Min. vom 28. November 1899 (abgedruckt im III. Theil des I. Bd.: gerichtliche Psychiatrie) in erster Linie Irrenärzte zugezogen werden; dieselben werden dadurch aber keineswegs „öffentlich bestellte Sachverständige" im Sinne des § 78, Abs. 2; auch wenn sie auf Grund des § 86 des preuss. Ausführungsgesetzes vom 21. September 1899 zum Gerichtsverfassungsgesetze und der allg. Verf. des Just.-Min. vom 5. Februar 1900 im Allgemeinen als Sachverständige für einen Landgerichtsbezirk vereidigt sind (s. § 5 dieser Verfügung; Anm. 3 auf S. 17.)

Die entsprechenden Bestimmungen der Z.-Pr.-O. lauten:

§ 404. Die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Anzahl erfolgt durch das Prozessgericht. Dasselbe kann sich auf die Ernennung eines einzigen Sachverständigen beschränken. Es kann an Stelle der zuerst Ernannten andere ernennen.

Sind für gewisse Arten u. s. w. wie vorher Abs. 2.

Das Gericht kann die Parteien auffordern, Personen zu bezeichnen, welche geeignet sind, als Sachverständige vernommen zu werden.

Einigen sich die Parteien über bestimmte Personen als Sachverständige, so hat das Gericht dieser Einigung Folge zu geben; das Gericht kann jedoch die Wahl der Parteien auf eine bestimmte Anzahl beschränken.

§ 405. Das Prozessgericht kann den mit der Beweisaufnahme betrauten Richter zur Ernennung der Sachverständigen ermächtigen. Derselbe hat in diesem Falle die in dem vorstehenden Paragraphen dem Prozessgerichte beigelegten Befugnisse auszuüben.

§ 74. Ein Sachverständiger kann aus denselben Gründen, welche zur Ablehnung eines Richters berechtigen, abgelehnt werden.[1]) Ein Ablehnungsgrund kann jedoch nicht daraus entnommen werden, dass der Sachverständige als Zeuge vernommen ist.

Das Ablehnungsrecht steht der Staatsanwaltschaft, dem Privatkläger und dem Beschuldigten zu.[2])

---

[1]) Demnach kann nach §§ 22 u. 24 der Str.-Pr.-O. ein Sachverständiger oder ein Mitglied einer Fachbehörde (Medizinalkollegium u. s. w.) abgelehnt werden, wenn er selbst durch die strafbare Handlung verletzt ist, wenn er Ehemann oder Vormund der beschuldigten oder der verletzten Person ist oder gewesen ist, wenn er mit dem Beschuldigten oder mit dem Verletzten in grader Linie verwandt, verschwägert oder durch Adoption verbunden, in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder bis zum zweiten Grade verschwägert ist, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht (§ 22), sowie wegen Besorgniss der Befangenheit, d. h. wenn ein Grund vorliegt, welcher geeignet ist, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit eines Richters zu rechtfertigen. Befangenheit liegt jedoch nach einer Entscheidung des Kammergerichts (X. Z. S.) nicht vor, wenn ein Sachverständiger schon früher einmal zu der betreffenden Frage Stellung genommen und seine Ansicht in einer rein wissenschaftlichen Arbeit geäussert hat, „denn der Umstand, dass sich ein Sachverständiger rein objektiv und ganz unabhängig von dem entstandenen Rechtsstreit mit der aufgeworfenen Frage schon beschäftigt hat, sei nicht geeignet, in seiner Unbefangenheit Zweifel setzen zu dürfen. So wenig es sich Jemand beikommen lassen wollte, einen Richter deshalb abzulehnen, weil er in einem anderen Rechtsfall schon zu der aufgeworfenen Frage Stellung genommen hat, ebensowenig könne man einen Sachverständigen ablehnen, wenn er sich in einem wissenschaftlichen Werke geäussert hat. Alle Wissenschaft beruht nach dem Forschen nach Wahrheit, frei von jeglicher Nebenabsicht, Wahrheit kann aber nur gesucht und gefunden werden auf dem Wege der Bildung einer freien, unabhängigen Ueberzeugung. Nur der Ausdruck der unabhängigen Ueberzeugung des Forschers hat daher in seinen wissenschaftlichen Werken zum Ausdruck zu kommen. Die Unabhängigkeit wissenschaftlicher Ueberzeugung besteht aber ebensowenig wie die richterliche darin, sich Gegengründen zu verschliessen. Vielmehr liegt es gerade in dem Wahrheitstriebe wissenschaftlicher Forschung, jederzeit Gegengründe zu hören und wissenschaftlich zu prüfen Wäre die Ansicht der Gegenpartei richtig, dass ein Mann, der schon einmal Stellung zu einer Frage genommen habe, als befangen abgelehnt werden müsste, so liesse sich in wissenschaftlichen Fragen überhaupt kein Sachverständiger mehr finden; es wäre nicht mehr möglich, Personen, denen eine besondere Sachkenntniss innewohnt, zu finden, ohne sich dem Ablehnungsgrund der Befangenheit auszusetzen."

Wegen angeblicher mangelhafter Befähigung kann ein Sachverständiger nicht abgelehnt werden.

[2]) Ist ein Sachverständiger abgelehnt, so kann er als sachverständiger Zeuge (s. § 85,5) vernommen werden.

Der Ablehnungsgrund ist glaubhaft zu machen; der Eid ist als Mittel der Glaubhaftmachung ausgeschlossen.

Abs. 1 u. 3 stimmen mit § 406 Abs. 1 u. 3 der Z.-Pr.-O. überein; dagegen lautet für Abs. 2 wie folgt:

»Das Ablehnungsgesuch ist bei demjenigen Gericht oder Richter, von welchem die Ernennung des Sachverständigen erfolgt ist, vor der Vernehmung desselben bei schriftlicher Begutachtung vor erfolgter Einreichung des Gutachtens anzubringen. Nach diesem Zeitpunkt ist die Ablehnung nur zulässig, wenn glaubhaft gemacht wird, dass der Ablehnungsgrund vorher nicht geltend gemacht werden konnte. Das Ablehnungsgesuch kann vor dem Gerichtsschreiber zu Protokoll erklärt werden.«

§ 75. Der zum Sachverständigen Ernannte hat der Ernennung Folge zu leisten, wenn er zur Erstattung von Gutachten der erforderten Art öffentlich bestellt ist,[1]) oder wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntniss Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerbe ausübt, oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.[2])

Zur Erstattung des Gutachtens ist auch derjenige verpflichtet, welcher sich zu derselben vor Gericht bereit erklärt hat.[3])

Wörtlich übereinstimmend mit § 407 der Z.-Pr.-O.

§ 76. Dieselben Gründe, welche einen Zeugen berechtigen, das Zeugniss zu verweigern, berechtigen einen Sachverständigen zur Verweigerung des Gutachtens.[4]) Auch aus anderen Gründen kann ein Sachverständiger von der Verpflichtung zur Erstattung des Gutachtens entbunden werden.[5])

Die Vernehmung eines öffentlichen Beamten als Sachverständigen findet nicht statt, wenn die vorgesetzte Behörde des Beamten erklärt, dass die Vernehmung den dienstlichen Interessen Nachtheil bereiten würde.[6])

Wörtlich übereinstimmend mit § 408 der Z.-Pr.-O.

---

[1]) Betreffs der öffentlich bestellten Sachverständigen siehe Anmerk. 4, Abs. 2 auf S. 13.

[2]) Aus dem § 75 ergiebt sich die Verpflichtung der Aerzte zur Abgabe eines sachverständigen Gutachtens, und zwar nicht nur, wenn sie die ärztliche Kunst öffentlich zum Erwerbe ausüben, sondern auch dann, wenn sie nicht mehr praktiziren, da sie in diesem Falle immer noch zur Ausübung der ärztlichen Kunst vermöge der ihnen event. ertheilten Approbation „ermächtigt" sind. Diese Verpflichtung umfasst auch die Vornahme der zur Abgabe des Gutachtens erforderlichen sachverständigen Untersuchungen z. B. ärztlicher Untersuchungen von Personen, gerichtlicher Leichenschauen und Obduktionen, weil sonst jene Pflicht oftmals bedeutungslos sein würde, wenn sie sich nicht auch hierauf erstreckte. (Motive, S. 152.)

[3]) Zu den Sachverständigen, die sich zur Erstattung eines Gutachtens vor Gericht bereit erklärt haben, gehören insbesondere die allgemein als solche vereidigten (s. Anm. 3, S. 17.)

[4]) Betreffs der Verweigerung eines Zeugnisses oder Gutachtens s. den Abschnitt IV.: Zeugnissverweigerung u. Berufsgeheimniss.

[5]) Die Entscheidung darüber, ob vorgebrachte „andere Gründe" stichhaltig sind, hat der Richter. Dieselbe wird in der Regel bejahend ausfallen, wenn der vorgeladene Sachverständige nachweist, dass seine Vernehmung mit erheblichen Härten oder Nachtheilen für ihn verbunden ist.

[6]) Diese Bestimmung entspricht derjenigen im § 53 der Str.-Pr.-O. und § 376 der Z.-Pr.-O. über die Vernehmung von öffentlichen Beamten als Zeugen. Durch R.-Erl. vom 25. Mai 1883 ist betreffs des Zeugen- und Sachverständigenzwanges Beamten, zu denen die beamteten Aerzte gehören, bestimmt, dass diese verpflichtet sind:

„in allen Fällen einer an sie ergehenden Vorladung als

a) Sachverständige,

b) als ausserhalb des Wohnortes zu vernehmende Zeugen,

§ 77. Im Falle des Nichterscheinens[1]) oder der Weigerung[2]) eines zur Erstattung des Gutachtens verpflichteten Sachverständigen wird dieser zum Ersatze der Kosten und zu einer Geldstrafe bis zu 300 Mark verurtheilt.[3]) Im Falle wiederholten Ungehorsams kann noch einmal eine Geldstrafe bis zu 600 Mark erkannt werden.[4])

§ 409 d. Z.-Pr.-O. hat den gleichen Wortlaut, jedoch noch als Absatz 2 den folgenden Zusatz:

Gegen den Beschluss findet Beschwerde statt.

---

c) als Zeugen von Umständen, auf welche sich ihre Pflicht zur Verschwiegenheit bezieht,

ihrer nächsten vorgesetzten Dienstbehörde unter Angabe des Sachverhältnisses, in welchem die Vernehmung erfolgen soll, und unter näherer Darlegung der Gründe, welche etwa im Dienstinteresse die Vernehmung als unzulässig oder nachtheilig erscheinen lassen, sofortige Anzeige zu machen, damit die vorgesetzte Behörde rechtzeitig. d. h. vor dem Termine, das ihr gesetzlich zustehende Einspruchsrecht wahren und eventuell für die gehörige Vertretung während der Terminsdauer sorgen kann. Diese Anordnung erstreckt sich auch auf die Fälle, in welchen die gedachten Beamten durch einen Angeklagten unmittelbar vorgeladen werden sollten (§ 219 der Str.-Pr.-O.")

Durch R.-Erlass vom 3. Dezember 1883 ist aber betreffs des Zuziehung der Medizinalbeamten als Gerichtsärzte angeordnet,

„dass diese in Fällen, wo sie von den ordentlichen Gerichten oder den Königlichen Staatsanwaltschaften ihres Amtsbezirks in Strafprozessen oder in Entmündigungssachen als Sachverständige herangezogen werden, von der Anzeigepflicht entbunden sind, es sei denn, dass ihre Vernehmung Umstände betrifft, auf die sich ihre Amtsverschwiegenheit erstreckt. Den Gerichten des eigenen Amtsbezirkes stehen die Gerichte bezw. Staatsanwaltschaften jedes anderen Bezirkes gleich, sobald von dem vorgeladenen Beamten die Kreismedizinalgeschäfte dort vertretungsweise wahrgenommen werden. Hingegen unterliegen die Medizinalbeamten der Anzeigepflicht in allen übrigen Fällen, wo sie im gerichtlichen oder Verwaltungsstreitverfahren als Sachverständige oder Zeugen herangezogen werden."

Dieselben Bestimmungen finden Anwendung bei der Zuziehung von Medizinalbeamten seitens der Schiedsgerichte in Unfall- u. Invaliditätsangelegenheiten.

[1]) Das „Nichterscheinen" ist nur dann strafbar, wenn die Vorladung ordnungsmässig erfolgt, d. h. Ort und Zeit bestimmt angegeben ist unter Hinweis auf die gesetzlichen Folgen des Ausbleibens (§ 48 Abs. 1 und § 50 Abs. 2 der Str.-Pr.-O. sowie § 377 der Z.-Pr.-O.); im bürgerlichen Streitverfahren muss die Vorladung auch noch die Bezeichnung der Parteien und den Gegenstand der Vernehmung enthalten. Einer schriftlichen Vorladung bedarf es jedoch nicht, sie kann auch mündlich oder durch Telegramm (Telephon) erfolgen. Der Sachverständige hat ferner nicht nur den richterlichen Vorladungen, sondern auch den unmittelbar an ihn seitens des Angeklagten oder der Parteien ergehenden nachzukommen, falls die Voraussetzung des § 219 Abs. 2 d. Str.-Pr.-O. (s. S. 24) erfüllt ist.

Bei „zu frühem Entfernen" hat der Sachverständige die gleiche Bestrafung zu erwarten (s. § 247 Str-Pr.-O.; S. 25).

[2]) Unter „Weigerung" der Erstattung eines Gutachtens fällt auch diejenige der Vornahme etwa erforderlicher Untersuchungen.

[3]) Die Verurtheilung in Strafe und Kosten unterbleibt, wenn das Ausbleiben des Sachverständigen genügend entschuldigt ist. Erfolgt nachträglich genügende Entschuldigung, so werden die gegen ihn getroffenen Anordnungen wieder aufgehoben.

[4]) Oefter als zweimal kann eine Geldstrafe nicht festgesetzt werden, auch wenn der Höchstbetrag nicht erreicht ist. Zwangsweise Vorführung und Haft, wie solche nach § 69 Abs. 2 d. Str.-Pr.-O. und § 380 Abs. 2 der Z.-Pr.-O. gegen Zeugen verhängt werden können, sind gegen Sachverständige nicht zulässig, wohl aber gegen sachverständige Zeugen.

§ 78. Der Richter hat, soweit ihm dies erforderlich erscheint, die Thätigkeit des Sachverständigen zu leiten.[1])

§ 79. Der Sachverständige hat vor Erstattung des Gutachtens einen Eid dahin zu leisten, dass er das von ihm erforderte Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen erstatten werde.

Ist der Sachverständige für die Erstattung von Gutachten der betreffenden Art im Allgemeinen beeidigt, so genügt die Berufung auf den geleisteten Eid.[2]) [3])

Entspricht im Wortlaut dem § 410 der Z.-Pr.-O.

---

[1]) Bei dem richterlichen Augenscheine, den gerichtlichen Obduktionen u. s. w. (s. §§ 86 u. 87 d. Str.-Pr.-O.) ist die Anwesenheit des Richters vorgeschrieben; in allen anderen Fällen, wo dies nicht besonders angeordnet ist, bleibt es seinem Ermessen überlassen, ob er der Thätigkeit des Sachverständigen, d. h. den von diesem vorzunehmenden Untersuchungen beiwohnen will oder nicht.

[2]) Die Vereidigung der Sachverständigen erfolgt ebenso wie der Zeugen in der Regel erst in der Hauptverhandlung und nicht in der Voruntersuchung (§ 65 der Str. Pr. D.) abgesehen von dem in § 222 der Str. Pr. O. (s. S. 25) vorgesehenen Fällen.

Die Kreismedizinalbeamten und gerichtlichen Stadtphysiker sind in Preussen durch ihren Diensteid im Allgemeinen vereidigt und demgemäss zur Berufung auf diesen Eid berechtigt, wie dies ausdrücklich durch das Urtheil des R.-G. (II. Str. S.) vom 8. Januar 1881 entschieden ist:

„Der Diensteid enthält das Gelöbniss, alle vermöge des aufgetragenen Amtes obliegenden Pflichten nach bestem Wissen und Gewissen genau zu erfüllen. Zu den Dienstpflichten der Kreisphysiker, welche Organe der Medizinalbehörden, unmittelbare Staatsbeamte, öffentliche Aerzte sind, gehören in Preussen namentlich die Geschäfte der gerichtlichen Medizin; sie sind gegenüber den Gerichtsbehörden diejenigen Sachverständigen, die in allen Kriminal- und Zivilrechtsfällen, wo es auf ein sachverständiges medizinisches Gutachten ankommt, zunächst zur Abgabe eines solchen aufzufordern sind und die legalen Obduktionen zu vollziehen haben; sie sind also als Gerichtsärzte (§ 87 Str.-Pr.-O.) angestellt; ihre Beeidigung als Beamte verleiht ihrem sachverständigen Gutachten, welches sie innerhalb ihres Amtskreises, besonders also behufs einer im Interesse der Rechtspflege nöthigen Thatbestandsfeststellung, unter Berufung auf den Diensteid abgeben, öffentlichen Glauben; sie sind also für solche Gutachten im Allgemeinen beeidigt .... Einer besonderen Beeidigung als Sachverständige bedarf es daher nicht.“ In gleichem Sinne hat das Reichsgericht unter dem 15. Juni 1883 (II. Strafsenat) 12. Dezember 1895 (I. Str. S.) 29. Juni 1896 (I. Str. S.) und 25. März 1897 (I. Str. S.) entschieden. Bei Zuziehung der beamteten Aerzte ausserhalb ihres Amtsbezirks, sowie bei ihrer Vernehmung als Zeugen oder sachverständige Zeugen müssen sie aber jedesmal vereidigt werden, wenn sie nicht für einen grösseren Besirk (Landgericht, Oberlandesgericht) im Allgemeinen vereidigt sind (s. Anm. 3).

[3]) Ueber die auf Grund des § 86 des preuss. Ausführungsgesetzes vom 21. September 1899 zum Gerichtsverfassungsgesetz zulässige allgemeine Beeidigung von Sachverständigen bestimmt die allg. Verf. des Just.-Min. vom 5. Februar 1900 Folgendes:

„§ 1. Die Auswahl der als Sachverständige für gerichtliche Angelegenheiten im Allgemeinen zu beeidigende Personen geschieht durch den Landgerichtspräsidenten. Die Beeidigung auch für solche Gutachten, welche von anderen Gerichten, als denen des Landgerichtsbezirkes gefordert werden, bedarf der Genehmigung des Oberlandgerichtspräsidenten. Soll sich die Beeidigung auf die von Gerichten mehrerer Oberlandesgerichtsbezirke zu fordernden Gutachten erstrecken, so hat der Oberlandesgerichtspräsident die Entscheidung des Justizministers einzuholen.

§ 2. Die Auswahl erfolgt von Amtswegen ohne Rücksicht auf etwaige Anträge. Vor der Auswahl sind Erkundigungen nach der Zuverlässigkeit und Sachkunde der zu beeidigenden Person einzuziehen ....

Unmittelbare Staatsbeamte dürfen nur mit Genehmigung ihrer vorgesetzten Dienstbehörde als Sachverständige im Allgemeinen beeidigt werden.

§ 3. Die Vereidigung erfolgt in der Regel für die von den Gerichten des Landgerichtsbezirkes zu fordernden Gutachten. Im Falle des Bedürfnisses

§ 80. Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vertretung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten weitere Aufklärung geschafft werden.[1])

Zu demselben Zwecke kann ihm gestattet werden. die Akten einzusehen,

---

kann sie auch für Gutachten vor den Gerichten eines weiteren oder engeren Bezirkes erfolgen. Die Beeidigung kann von dem Landgerichtspräsidenten einem Mitgliede des Landgerichts oder des Amtsgerichts, in dessen Bezirke der Sachverständige seinen Wohnsitz hat übertragen werden.

§ 4. Der Eid ist dahin zu leisten:

dass er die von einem Gericht im Bezirke des Landgerichts in ..... von ihm zu fordernden Gutachten über ..... unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen erstatten werde.

§ 5. Vor der Beeidigung ist dem Sachverständigen zu eröffnen:

Dass er durch die Beeidigung die Eigenschaft eines öffentlich bestellten Sachverständigen nicht erlange, dass vielmehr nur bei seiner Vernehmung im Einzelfalle nach dem Ermessen des Gerichts statt der Eidesleistung die Berufung auf den allgemeinen Eid genüge;

dass es ihm freistehe, sich für die Gerichte der Landgerichtsbezirke ..... (oder für die sonstigen der Beeidigung entsprechende Gerichte) beeidigter Sachverständiger zu nennen.

Ferner hat sich der Sachverständige vor der Beeidigung zu verpflichten: dass er sich die Bezeichnung als gerichtlicher oder als gerichtlich bestellter oder beeidigter Sachverständiger ohne Angabe des Bezirks, für den die Beeidigung erfolgt ist, nicht bedienen, etwaige Veränderungen seines Wohnsitzes zu den Akten unverzüglich anzeigen und im Falle seiner Streichung in der Sachverständigenliste den ihm ertheilten Ausweis über seine Beeidigung unverzüglich zu den Akten zurückreichen und die ihm in Absatz 1 gestattete Bezeichnung unterlassen werde.

§ 6. Ueber die Beeidigung ist ein Protokoll aufzunehmen, welches die Eidesformel (§ 4), die Eröffnung (§ 5 Abs. 1) und die Verpflichtung (§ 5 Abs. 2) ihrem Wortlaute nach zu erhalten hat.

Der Sachverständige erhält eine beglaubigte Abschrift als Ausweis über seine Beeidigung.

§ 7. Bei jedem Gerichte wird ein nach dem einzelnen Angelegenheiten geordnetes Verzeichniss der im Allgemeinen beeidigten Sachverständigen geführt. Aenderungen, welche die Person des Sachverständigen betreffen, insbesondere eine Verlegung der Wohnung oder des Wohnsitzes, sind nachzutragen. . . . . .

Die Einsicht des Verzeichnisses ist jedem gestattet. Eine Veröffentlichung der Eintragungen findet nicht statt.

§ 8. Der Name des Sachverständigen ist in den Verzeichnissen zu streichen: 1. im Falle des Todes, 2. auf Antrag des Sachverständigen, 3. wenn sich der Sachverständige als unzuverlässig erweist, oder wenn sich erhebliche Bedenken gegen seine Sachbeweise ergeben.

Die Streichung kann erfolgen, wenn der Sachverständige den Wohnsitz an einen Ort ausserhalb des Bezirks verlegt, für den er beeidigt ist, oder wenn er sich eine ihm ausgestattete Bezeichnung (§ 6) beilegt.

Die Streichung erfolgt auf Anordnung des Landgerichtspräsidenten .....

Die Streichung auf Grund des Abs. 1 No. 3, sowie auf Grund des Abs. 2 soll nur nach Anhörung des Sachverständigen erfolgen.

Die Richter und die Staatsanwälte haben Wahrnehmungen, welche eine Streichung zu begründen geeignet sind, der zuständigen Stelle (Abs. 3) mitzutheilen.

§ 9. Nach Streichung des Sachverständigen ist dessen Ausweis (§ 6 Abs. 2) zurückzufordern. Wird der Ausweis nicht zurückgegeben, so ist die Streichung durch Aushang und, abgesehen von dem Falle des § 8 Abs. No. 1. durch Einrückung in öffentliche Blätter bekannt zu machen. Im Uebrigen findet eine Veröffentlichung der Streichung nicht statt."

[1]) Ist nach Ansicht der Sachverständigen über einzelne Punkte noch „weitere Aufklärung" erforderlich, so hat er entsprechende Anträge bei dem zuständigen Richter zu stellen; denn nur das vor Gericht festgestellte Material hat für das gerichtsärztliche Gutachten Beweiskraft. Werden dem Sachverständigen daher auf anderem, privatem Wege Umstände bekannt, die nach seiner

der Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten beizuwohnen und an den selben unmittelbar Fragen zu stellen.[1])

§ 81. Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand der Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen[2]) nach Anhörung des Vertheidigers anordnen, dass der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt[3]) gebracht und dort beobachtet werde.

Dem Angeschuldigten, welcher einen Vertheidiger nicht hat, ist ein solcher zu stellen.

Gegen den Beschluss findet sofortige Beschwerde statt. Derselbe hat aufschiebende Wirkung.

Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.[4])

§ 656 der Z.-P.-O. lautet: [5])

Mit Zustimmung des Antragstellers kann das Gericht anordnen, dass der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens sechs Wochen[6]) ***in eine Heilanstalt***[7]) ***gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten***[8]) ***zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Vor der Entscheidung sind die in § 646 bezeichneten Personen (Ehegatte, gesetzlicher Vertreter, Verwandter) soweit thunlich, zu hören.***

Ansicht von Einfluss für sein Gutachten sein können, so muss er diese durch gerichtliche Vernehmung der betreffenden Personen erst festlegen lassen, ehe er sie für sein Gutachten verwerthen kann.

[1]) Zur „Akteneinsicht", Beiwohnung der Zeugenvernehmung und unmittelbaren Fragestellung bedarf es also stets eines entsprechenden Antrages seitens des Sachverständigen, der vom Richter abgelehnt werden kann; in solchem, wohl nur ausnahmsweise vorkommenden Falle wird der Sachverständige sein Gutachten dementsprechend einzuschränken haben und die ihm vorgelegten Fragen nur insoweit beantworten, als ihm dies ohne Aktenstudium u. s. w. möglich ist.

[2]) Zur Ueberweisung des Angeschuldigten in eine Irren-Anstalt zur Beobachtung bildet der Antrag des Sachverständigen die Vorbedingung; denn der schwere Eingriff in die persönliche Freiheit soll nicht vom Gerichte allein, sondern nur dann verhängt werden können, wenn ein Sachverständiger erklärt, ohne längere Beobachtung ein Gutachten nicht abgeben zu können (Urth. d. R.-Ger. (1. Str. S.) vom 1. Mai 1890). Eine solche Ueberweisung ist nach diesem Urtheil auch zulässig, wenn der Angeschuldigte zur Zeit der Verhandlung anscheinend nicht geisteskrank ist, der Sachverständige die Unterbringung aber für nöthig erachtet, um aus der Beobachtung des gegenwärtigen Zustandes des Angeschuldigten Rückschlüsse auf dessen Zustand zur Zeit der That ziehen zu können.

[3]) Die Irrenanstalt muss also eine öffentliche sein, sie wird vom Gericht bestimmt; im Entmündigungsverfahren ist dagegen eine solche Einschränkung nicht vorgesehen, sondern auch die Unterbringung des Betreffenden in eine Privatanstalt zulässig.

[4]) Die Dauer von sechs Wochen darf in keinem Falle überschritten werden, selbst wenn der Arzt nach Ablauf der Frist sich ausser Stande erklärt, ein Gutachten abgeben zu können; die Unterbringung darf auch im Fall des § 83 Str.-Pr.-O. nicht wiederholt werden (Urth. d. R.-Ger. vom 12. August 1891 und 13. Juli 1892).

[5]) Diese Bestimmung ist durch die Abänderung der Z.-Pr.-O. vom 17. Mai 1898 neu aufgenommen.

[6]) Das vorher in Anmerkung 3 Gesagte findet auch hier sinngemässe Anwendung.

[7]) Siehe Anmerkung 3.

[8]) Vergleiche oben Anmerkung 2; die dortigen Ausführungen dürften auch in diesem Falle zutreffend sein.

Gegen den Beschluss, durch welchen die Unterbringung angeordnet wird, steht dem zu Entmündigenden, dem Staatsanwalt und binnen der für den zu Entmündigenden laufenden Frist den sonstigen im § 646 bezeichneten Personen die sofortige Beschwerde zu.

§ 82. Im Vorverfahren hängt es von der Anordnung des Richters ab, ob die Sachverständigen ihr Gutachten schriftlich oder mündlich zu erstatten haben.[1])

§ 411 der Z.-Pr.-O. lautet: Wird schriftliche Begutachtung angeordnet, so hat der Sachverständige das von ihm unterschriebene Gutachten auf die Gerichtsschreiberei niederzulegen.

Das Gericht kann das Erscheinen der Sachverständigen anordnen, damit derselbe das schriftliche Gutachten erläutere.

§ 83. Der Richter kann eine neue Begutachtung durch dieselben oder durch andere Sachverständige anordnen, wenn er das Gutachten für ungenügend[2]) erachtet.

Der Richter kann die Begutachtung durch einen anderen Sachverständigen anordnen, wenn ein Sachverständiger nach Erstattung des Gutachtens mit Erfolg abgelehnt ist.

In wichtigeren Fällen kann das Gutachten einer Fachbehörde[3]) eingeholt werden.

Abs. 1 u 2 stimmen im Wortlaut mit § 412 der Z.-Pr.-O überein; dagegen fehlt hier Abs. 3.

§ 84. Der Sachverständige hat nach Massgabe der Gebührenordnung Anspruch auf Entschädigung für Zeitversäumniss, auf Erstattung der ihm verursachten Kosten und ausserdem auf angemessene Vergütung für seine Mühewaltung.[4])

Wörtlich einstimmend mit § 413 der Z.-Pr.-O.

§ 85. Insoweit zum Beweise vergangener Thatsachen oder Zustände, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war, sachkundige Personen[5]) zu vernehmen sind, kommen die Vorschriften für den Zeugenbeweis in Anwendung.

Entspricht § 414 der Z.-Pr.-O.

---

[1]) Im Allgemeinen ist das gerichtliche Verfahren mündlich [auch in bürgerlichem Rechtsstreite (s. § 128 der Z.-Pr.-O.)]; im Vorverfahren sind jedoch schriftliche Gutachten zulässig und daraus folgt weiter, dass es in diesem auch statthaft ist, bei der späteren mündlichen Vernehmung im Vorverfahren auf dieses Gutachten Bezug zu nehmen. Dagegen kann die Eidesleistung über ein schriftliches Gutachten nur mündlich erfolgen; eine an dessen Schluss abgegebene schriftliche Versicherung ist ohne rechtliche Wirkung.

[2]) Als „ungenügend" kann z B. ein Gutachten angesehen werden, in dem sich Widersprüche finden; desgleichen kann die Begutachtung durch mehrere Sachverständige dadurch ungenügend werden, dass sich deren Gutachten widersprechen.

[3]) „Fachbehörde" ist stets eine kollegiale Behörde, in Preussen für gerichtlich-medizinische Fälle: die Provinzial-Medizinalkollegien und in höchster Instanz die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen. Gesuche auf Erstattung von Obergutachten seitens der letzteren sind von den Gerichtsbehörden nicht an die wissenschaftliche Deputation selbst, sondern an den Herrn Minister zu richten (M. Erl. vom 14. Februar 1891). Im Uebrigen siehe S. 8.)

[4]) Siehe auch Anm. 2, auf S. 12. Betreffs der den Sachverständigen zustehenden Gebühren wird auf den II. Band des Buches verwiesen.

[5]) Nach den Motiven (S. 152) sind die „sachkundigen Zeugen, d. h. die Zeugen, welche vergangene Thatsachen oder Zustände bekunden sollen, deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde voraussetzt, wahre Zeugen; mithin finden auf die zum Beweise solcher bestrittenen Thatsachen und Zustände stattfindende Vernehmung jener Personen die Vorschriften über den Zeugenbeweis Anwendung. Die Hervorhebung des inneren Unterschiedes, welcher

§ 86. Findet die Einnahme eines richterlichen Augenscheines statt, so ist im Protokolle der vorgefundene Sachbestand festzustellen und darüber Auskunft zu geben, welche Spuren und Merkmale, deren Vorhandensein nach der besonderen Beschaffenheit des Falles verwerthet werden konnte, gefehlt haben.[1])

Die Z.-Pr.-O. bestimmt in dieser Hinsicht.

---

zwischen den Sachverständigen, die als Gehilfen des Richters stets aus Thatsachen Schlüsse ziehen und den Sachverständigen Zeugen, die eigene Wahrnehmungen bekunden, unleugbar besteht, ist zur Beseitigung vielfacher Streitigkeiten für angemessen erachtet." Gerade bei Aerzten ist es oft schwierig, bei ihrer gerichtlichen Vernehmung über schon von ihnen ärztlich behandelte Personen die Grenze zwischen „Sachverständigen" und „sachverständigen Zeugen" zu ziehen; eine Eingabe des Aerztevereinsbundes, in solchen Fällen stets eine Sachverständigenthätigkeit anzunehmen, ist aber vom Justizminister durch Erlass vom 3. Februar 1890 abgelehnt.

Aerzte, die im Vorverfahren vom Richter als Sachverständige zugezogen und mit Vornahme einer sachverständigen Untersuchung betraut sind, sind mit Rücksicht auf das Ergebniss dieser Untersuchung, Obduktion u. s. w. zugleich sachverständige Zeugen und können in dieser Eigenschaft nicht abgelehnt werden (s. Anm. 2 auf S. 14).

Ein bereits vereidigter Sachverständiger braucht, wenn er gleichzeitig als sachkundiger Zeuge vernommen wird, deshalb nicht als solcher besonders vereidigt zu werden, „denn er beschwört durch Ablegung des Sachverständigeneides oder durch Berufung auf einen im Allgemeinen geleisteten Eid nicht bloss seine Erklärungen über allgemeine Erfahrungsthatsachen auf dem Gebiete der betreffenden Wissenschaft, sondern auch seine Beurkundungen über die von ihm in dem vorliegenden Falle bei der sachverständigen Untersuchung beobachteten Thatsachen und Erscheinungen" (Urt. d. R.-Ger. vom 8. Mai u. 26. Oktober 1880, 19. Mai 1881 u. 25. Sept. 1885). Dagegen muss ein Zeuge, oder sachverständiger Zeuge, falls er gleichzeitig ein Gutachten abgeben soll, den Sachverständigeneid schwören. Jedenfalls hat er aber für diesen Fall die Gebühren eines Sachverständigen zu beanspruchen, auch wenn er nicht als solcher vereidigt ist: „Nach dem Zusammenhange der Vernehmung ist vielmehr die Annahme geboten, dass der Zeuge sich schliesslich darüber hat äussern sollen, ob er als Arzt auf Grund seiner ärztlichen, dem vernehmenden Richter vorgetragenen Beobachtungen den p. Sch. für nervenkrank und niemals für betrunken gehalten hat. Damit ist er aber darüber befragt, welchen technischen Schluss er aus seinen als Sachverständiger gemachten Wahrnehmungen gezogen hat. Insoweit ist er daher als Sachverständiger gehört. Ist er nach der vorliegenden Erklärung des vernehmenden Richters bei Beginn der Vernehmung darauf hingewiesen, dass er nur über die von ihm als Arzt wahrgenommenen Krankheitserscheinungen vernommen werden solle, ein Urtheil aber von ihm nicht begehrt werde, so hat doch die Vernehmung thatsächlich mit der Schlussfrage einen weiteren Umfang angenommen, und es ist in der Form einer Frage nach dem gewonnenen Eindrucke der Sache auch vom Zeugen ein sachverständiges Urtheil auf Grund der als Sachverständiger gemachten Wahrnehmungen in der bezeichneten Richtung gefordert. Unerheblich ist, dass der Beschwerdeführer bisher nur als Zeuge beeidigt worden ist. Der Beschwerdeführer hat daher Anspruch auf die dem Sachverständigen zustehenden Gebühren." (Urth. des R.-Ger. (VI. Z. S.) vom 10. Juni 1898). In gleicher Weise hat dasselbe Gericht unter dem 16. Januar 1899 entschieden: „Wird die Erklärung eines Arztes über die Erwerbsfähigkeit eines Verletzten eingeholt, so wird doch nicht bloss die Darstellung ärztlicher Wahrnehmungen, sondern die Abgabe eines Urtheils erwartet, das der Arzt sich auf Grund seiner Sachkunde und Wahrnehmungen bildet.

[1]) Die Augenscheineinnahme ist durchweg eine richterliche Handlung; sie kann ohne oder unter Zuziehung von Sachverständigen erfolgen. Eine Besichtigung, die durch Sachverständige allein, d. h. ohne Beisein des Richters erfolgt, fällt strenggenommen nicht unter den Begriff des gerichtlichen Augenscheins; jedoch können wichtige Rücksichten, insbesondere die des sittlichen Anstandes, die Abwesenheit des Richters bedingen, z. B. bei ärztlichen Untersuchungen. Jedenfalls begründet § 86 auch die Pflicht zur Duldung derartiger Untersuchungen, die im Auftrage des Richters von Sachverständigen

§ 144. Das Gericht kann die Einnahme des Augenscheines, sowie die Begutachtung durch Sachverständige anordnen.

§ 371. Die Antretung des Beweises durch Augenschein erfolgt durch die Bezeichnung des Gegenstandes des Augenscheines und durch die Angabe der zu beweisenden Thatsachen.

§ 372. Das Prozessgericht kann anordnen, dass bei der Einnahme des Augenscheines ein oder mehrere Sachverständige zuzuziehen seien.

Es kann einem Mitgliede des Prozessgerichtes oder einem anderen Gerichte die Einnahme des Augenscheines übertragen, auch die Ernennung des zuzuziehenden Sachverständigen überlassen.

§ 87. Die richterliche Leichenschau[1]) wird unter Zuziehung eines Arztes, die Leichenöffnung im Beisein des Richters von zwei Aerzten, unter welchen sich ein Gerichtsarzt befinden muss,[2]) vorgenommen. Demjenigen Arzte, welcher den Verstorbenen in der dem Tode unmittelbar vorausgegangenen Krankheit behandelt hat, ist die Leichenöffnung nicht zu übertragen. Derselbe

---

vorgenommen werden sollen. (Urth. des R.-Ger. (II. Str.-S.) vom 11. Juni 1886; s. auch Loewe, l. c., Anmerk. 1d u. 2b zu § 86.)

[1]) Mit der Leichenschau ist eine Oeffnung der Leiche nicht verbunden, und auch nur die Zuziehung eines Arztes erforderlich, der kein beamteter (öffentlich bestellter) Gerichtsarzt zu sein braucht und den Verstorbenen auch vorher behandelt haben kann. In der Regel wird jedoch ein beamteter Arzt zugezogen werden, wenn er sich am Orte des Gerichts befindet. Das über die Leichenschau aufzunehmende Protokoll wird, ebenso wie bei den Leichenöffnungen in seinem technischen Theile von dem ärztlichen Sachverständigen diktirt. Vergl. ausserdem Anm. 1 auf S. 23.

[2]) Bei der Leichenöffnung muss also stets ein Obduzent öffentlich bestellter Gerichtsarzt sein; durch die Allg. Verf. des Just.-Min. vom 27. April 1881 u. 30. Mai 1890, mitgetheilt durch den R.-Erl. des Med.-Min. vom 30. Juni 1890 ist aber angeordnet:

„dass die Leichenöffnungen regelmässig den zuständigen Medizinalbeamten (Kreisphysikus und Kreiswundarzt) zu übertragen sind und es im Falle der Behinderung einer dieser Personen angezeigt erscheint, an deren Stelle einen Medizinalbeamten eines Nachbarkreises heranzuziehen, auf Privatärzte aber nur dann zurückzugreifen, wenn die Verwendung eines benachbarten Beamten wegen aussergewöhnlich hoher Kosten oder sonstiger besonderer Umstände unräthlich erscheint."

Durch die Allg. Verf. des Just.-Min. vom 30. Januar 1893, mitgetheilt durch R.-Erl. d. Med.-Min. vom 1. März 1893, ist dann im Anschluss an die vorstehende Verfügung bestimmt: „dass es sich empfiehlt, in denjenigen Fällen, in welchen überhaupt ein Privatarzt zugezogen werden muss, thunlichst einen pro physicatu geprüften zu wählen."

Auf die Frage, ob ein Privatarzt gezwungen werden kann, die Ausführung einer gerichtlichen Leichenöffnung zu übernehmen, hat der Justizminister dem Vorstand des preuss. Medizinalbeamten-Vereins durch Bescheid vom 23. Mai 1884 erwidert: „dass die Entscheidung darüber in jedem einzelnen Falle lediglich dem Gerichte zukomme und er es dieserhalb bei der gesetzlichen Lage der Sache ablehnen müsse, über die Frage eine Aeusserung abzugeben, da sie seiner Entscheidungsbefugniss entzogen sei." Mit Rücksicht darauf, dass jeder Sachverständige auch zur Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verpflichtet ist (s. Anmerk. 2 auf S. 15), wird er eine gerichtliche Leichenöffnung z. B. wegen Infektionsgefahr nicht ablehnen können; denn die Aussetzung einer solchen Gefahr liegt in dem Pflichtenkreis des ärztlichen Berufes. Ist diese Infektionsgefahr aber für ihn wegen etwaiger Verletzungen an der Hand u. s. w. besonders gross, so wird sie zweifellos von Seiten des Richters ebenso als triftiger Ablehnungsgrund angesehen werden, wie nicht aufschiebbare geburtshülfliche oder chirurgische Operationen, deren Vornahme unmittelbar nach einer Sektion für die Betheiligten wegen etwaiger Infektion bedenklich werden könnte. Jedenfalls ist aber ein Privatarzt nicht zur Bereit- und Instandhaltung der erforderlichen Instrumente gezwungen, sondern nur der beamtete.

kann jedoch aufgefordert werden, der Leichenöffnung anzuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben.[1])

Die Zuziehung eines Arztes kann bei der Leichenschau unterbleiben, wenn sie nach dem Ermessen des Richters entbehrlich ist.[2])

Behufs der Besichtigung oder Oeffnung einer schon beerdigten Leiche ist ihre Ausgrabung statthaft.

§ 88. Vor der Leichenöffnung ist, wenn nicht besondere Hindernisse entgegen stehen, die Persönlichkeit des Verstorbenen, insbesondere durch Befragung von Personen, welche den Verstorbenen gekannt haben, festzustellen. Ist ein Beschuldigter vorhanden, so ist ihm die Leiche zur Anerkennung vorzuzeigen.

§ 89. Die Leichenöffnung muss sich, soweit der Zustand der Leiche dies gestattet, stets auf die Oeffnung der Kopf-, Brust- und Bauchhöhle erstrecken.[3])

§ 90. Bei Oeffnung der Leiche eines neugeborenen Kindes ist die Untersuchung insbesondere auch darauf zu richten, ob dasselbe nach oder während der Geburt gelebt habe, und ob es reif oder wenigstens fähig gewesen sei, das Leben ausserhalb des Mutterleibes fortzusetzen.[4])

§ 91. Liegt der Verdacht einer Vergiftung vor, so ist die Untersuchung der in der Leiche oder sonst gefundenen verdächtigen Stoffe durch einen Chemiker oder durch eine für solche Untersuchungen bestehende Fachbehörde vorzunehmen.[5])

---

[1]) Der zur Leichenöffnung zugezogene behandelnde Arzt ist „sachverständiger Zeuge“ und erhält demnach nur Zeugengebühren, während er bei der Leichenschau, wenn ihm diese übertragen wird, als Sachverständiger fungirt.

Unter „unmittelbar dem Tode vorangegangene Krankheit“ ist diejenige zu verstehen, an welcher der Verstorbene bis zum Tode gelitten und von dem betreffenden Arzte ärztlich behandelt ist, ohne Rücksicht darauf, ob sie auch die Todesursache ist oder nicht. Haben mehrere Aerzte den Verstorbenen bis kurz vor seinem Tode behandelt, so können sie sämmtlich zur Sektion zugezogen werden.

[2]) Z. B. wenn bei gewaltsamen Todesarten kein Zweifel über die Todesart besteht und es auf die sachverständige Beurtheilung etwaiger Verletzungen nicht ankommt.

[3]) Betreffs der bei der Leichenöffnung seitens der Gerichtsärzte einzuhaltenden Verfahren ist das Regulativ vom 14. Februar 1875 (s. S. 51 u. folg.) massgebend Es sind stets sämmtliche Höhlen zu öffnen, auch wenn die Todesursache nach der Oeffnung einer oder zwei Höhlen scheinbar gefunden ist.

[4]) Siehe die §§ 23 u. 24 des Regulativs, S. 76.

[5]) Der Richter bestimmt den Chemiker; jedoch wird er hierbei meist dem Vorschlage der Obduzenten Folge geben. Eine Fachbehörde besteht in Preussen für derartige Untersuchungen nicht; für eine sachgemässe Sicherstellung gerichtlich-chemischer Untersuchungen fehlen überhaupt bisher die nöthigen Kautelen; die Gerichtsbehörden sind nicht einmal angewiesen, vorzugsweise solche Chemiker damit zu beauftragen, welche die Prüfung als Nahrungsmittelchemiker bestanden haben und die, wenn auch nicht völlig geeignet, so doch immerhin meist geeigneter für derartige Untersuchungen sind, als jeder beliebige Chemiker oder Apotheker. Jedenfalls besteht hier ein Uebelstand, dessen Beseitigung im öffentlichen Interesse dringend geboten ist. Anderseits sollten aber auch die ärztlichen Sachverständigen Untersuchungen, die unbedingt in ihr Fach schlagen, z. B. solche von Blut, Harn, Sperma, Haaren u. s. w. selbst ausführen oder, wenn ihnen dazu die erforderliche Sicherheit und Uebung fehlt, gerichtsärztlichen Universitätsinstituten bezw. den Vertretern der gerichtlichen Medizin an den Universitäten und nicht Chemikern übertragen lassen, die nach dieser Richtung hin zu Uebergriffen leicht geneigt sind.

Der Richter kann anordnen, dass diese Untersuchung unter Mitwirkung oder Leitung eines Arztes stattzufinden habe.

§ 157. Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass Jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, so sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an den Amtsrichter verpflichtet.

Die Beerdigung darf nur auf Grund einer schriftlichen Genehmigung der Staatsanwaltschaft oder des Amtsrichters erfolgen.[1])

§ 191. Findet die Einnahme eines Augenscheines statt, so ist der Staatsanwaltschaft, dem Angeschuldigten und dem Vertheidiger die Anwesenheit bei der Verhandlung zu gestatten.

Dasselbe gilt, wenn ein Zeuge als Sachverständiger vernommen werden soll, welcher voraussichtlich am Erscheinen in der Hauptverhandlung verhindert, oder dessen Erscheinen wegen grosser Entfernung besonders erschwert wird.

§ 193. Findet die Einnahme eines Augenscheines unter Zuziehung von Sachverständigen statt, so kann der Angeschuldigte beantragen, dass die von ihm für die Hauptverhandlung in Vorschlag zu bringenden Sachverständigen zu dem Termine geladen werden, und wenn der Richter den Antrag ablehnt, sie selbst laden lassen.

Den von dem Angeschuldigten benannten Sachverständigen ist die Theilnahme am Augenscheine und an den erforderlichen Untersuchungeu insoweit zu gestatten, als dadurch die Thätigkeit der vom Richter bestellten Sachverständigen nicht behindert wird.[2])

B. Hauptverhandlung.

§ 218. Verlangt der Angeklagte die Ladung von seinen Sachverständigen oder die Herbeischaffung anderer Beweismittel zur Hauptverhandlung, so hat er unter Angabe der Thatsachen, über welche Beweis erhoben werden soll, seine Anträge bei dem Vorsitzenden des Gerichts zu stellen.

§ 219. Lehnt der Vorsitzende den Antrag auf Ladung einer Person ab,

---

[1]) Weder Richter noch Polizeibehörde sind in solchen Fällen verpflichtet eine ärztliche Leichenschau anzuordnen; unseres Erachtens ein erheblicher Mangel der Gesetzgebung, denn es liegt sowohl im forensischen, als im sanitätspolizeilichen Interesse, dass bei plötzlich ohne ärztliche Hülfe Gestorbenen ohne fremde Schuld Verunglückten, Selbstmördern u. s. w. stets eine Leichenschau oder Leichenöffnung durch einen womöglich beamteten Arzt stattfindet, um die Todesursache festzustellen. In anderen Ländern, z. B. in Oesterreich, sind derartige sanitätspolizeiliche Obduktionen, zu denen der grosse Apparat einer gerichtlichen Sektion nicht erforderlich ist, schon seit langer Zeit eingeführt und bilden, abgesehen von ihrem öffentlichen Interesse, eine ausserordentlich werthvolle Ergänzung des für die gerichtlich-medizinische Aus- und Fortbildung erforderlichen Materials.

[2]) Dem Richter steht das Recht zu, die vom Angeschuldigten vorgeschlagenen oder selbst geladenen Sachverständigen von der Augenscheinnahme auszuschliessen, wenn sie nach seiner Ansicht die Eigenschaft als Sachverständige nicht besitzen. Dieselben dürfen den Befund der gerichtlichen Sachverständigen in Augenschein nehmen und auf dasjenige aufmerksam machen, worauf es nach ihrer Ansicht ankommt. Ihrem Verlangen, bestimmte Befunde in das Protokoll aufzunehmen, wird in der Regel entsprochen werden; dagegen steht es ihnen nicht zu, in die Thätigkeit der Gerichtsärzte irgendwie einzugreifen. .

so kann der Angeklagte die letztere unmittelbar laden lassen. Hierzu ist er auch ohne vorgängigen Antrag befugt.[1])

Eine unmittelbar geladene Person ist nur dann zum Erscheinen verpflichtet, wenn ihr bei der Ladung die gesetzliche Entschädigung für Reichskosten und Versäumniss baar dargeboten oder deren Hinterlegung bei dem Gerichtsschreiber nachgewiesen wird.[2])

Ergiebt sich in der Verhandlung, dass die Vernehmung einer unmittelbär geladenen Person zur Aufklärung der Sache dienlich war, so hat das Gericht auf Antrag anzuordnen, dass derselben die gesetzliche Entschädigung aus der Staatskasse zu gewähren ist.

§ 222. Wenn dem Erscheinen eines Zeugen oder Sachverständigen in der Hauptverhandlung für eine längere oder ungewisse Zeit Krankheit oder Gebrechlichkeit oder andere nicht zu beseitigende Hindernisse entgegenstehen, so kann das Gericht die Vernehmung desselben durch einen beauftragten oder ersuchten Richter anordnen.

Dasselbe gilt, wenn ein Zeuge oder Sachverständiger vernommen werden soll, dessen Erscheinen wegen zu grosser Entfernung besonders erschwert sein wird.

Entspricht seinem Inhalte nach dem § 375 der Z.-P.-O.

§ 238. Die Vernehmung der von der Staatsanwaltschaft und dem Angeklagten benannten Zeugen und Sachverständigen ist der Staatsanwaltschaft und dem Vertheidiger auf deren übereinstimmenden Antrag von dem Vorsitzenden zu überlassen. Bei den von der Staatsanwaltschaft benannten Zeugen und Sachverständigen hat diese, bei den vom Angeklagten benannten der Vertheidiger in erster Reihe das Recht der Vernehmung.[3])

Der Vorsitzende hat auch nach dieser Vernehmung die ihm zur weiteren Aufklärung der Sache erforderlich scheinenden Fragen an die Zeugen und Sachverständigen zu richten.

§ 239. Der Vorsitzende hat den beisitzenden Richtern auf Verlangen zu gestatten, Fragen an die Zeugen und Sachverständigen zu stellen.

Dasselbe hat der Vorsitzende der Staatsanwaltschaft, dem Angeklagten und dem Vertheidiger, sowie den Geschworenen und den Schöffen zu gestatten.

Die folgenden §§ der Z.-P.-O. finden auch auf Sachverständige Anwendung:

§ 396. Abs. 3. Der Vorsitzende hat jedem Mitgliede des Gerichts auf Verlangen zu gestatten, Fragen zu stellen.

---

[1]) Der Angeschuldigte oder dessen Vertheidiger können demgemäss einen vom Richter abgelehnten ärztlichen Sachverständigen trotzdem in die Hauptverhandlung mitbringen.

[2]) Ein von dem Angeschuldigten vorgeladener ärztlicher Sachverständiger hat die gleichen gesetzlichen Gebühren wie der amtlich geladene Sachverständige zu beanspruchen. In zweifelhaften Fällen empfiehlt es sich dringend, die vorherige Zahlung der Gebühren zu verlangen oder sich zu vergewissern, dass eine Hinterlegung in ausreichender Höhe stattgefunden hat. Wird ein zu geringer Betrag unter Vorbehalt angenommen, so ist der Geladene unbedingt zum Erscheinen verpflichtet, wenn er sich nicht den Folgen des unentschuldigten Ausbleibens aussetzen will.

[3]) Das „Kreuzverhör" erstreckt sich nur auf diejenigen Zeugen und Sachverständigen, welche von der Staatsanwaltschaft oder dem Angeklagten benannt sind. Die auf richterliche Anordnung geladenen Sachverständigen u. s. w. sind stets durch den Vorsitzenden zu vernehmen, jedoch steht dem Staatsanwalt, Vertheidiger, Geschworenen u. s. w. nach § 239 das Recht zu, mit Erlaubniss des Vorsitzenden an diese unmittelbar Fragen zu stellen. (Loewe, s. Anm. 2 zu § 238.)

§ 397. Die Parteien sind berechtigt, dem Zeugen diejenigen Fragen vorlegen zu lassen, die sie zur Aufklärung der Sache oder der Verhältnisse der Zeugen für dienlich erachten.

Der Vorsitzende kann den Parteien gestatten, und hat ihren Anwälten auf Verlangen zu gestatten, an den Zeugen unmittelbar Fragen zu richten.

Zweifel über die Zulässigkeit einer Frage entscheidet das Gericht.

§ 247. Die vernommenen Zeugen und Sachverständigen dürfen sich nur mit Genehmigung oder auf Anweisung des Vorsitzenden von der Gerichtsstelle entfernen.[1]) Die Staatsanwaltschaft und der Angeklagte sind vorher zu hören.

§ 248. Urkunden und andere als Beweismittel dienende Schriftstücke werden in der Hauptverhandlung verlesen. Das findet auch Anwendung auf Protokolle über die Einnahme des richterlichen Augenscheins.[2])

§ 250. Ist ein Zeuge, Sachverständiger . . . . . verstorben, oder in Geisteskrankheit verfallen, oder ist sein Aufenthalt nicht zu ermitteln gewesen, so kann das Protokoll über seine frühere richterliche Vernehmung verlesen werden.

§ 252. Erklärt ein Zeuge oder Sachverständiger, dass er sich einer Thatsache nicht mehr erinnert, so kann der darauf bezügliche Theil des Protokolls über seine frühere Vernehmung zur Unterstützung seines Gedächtnisses verlesen werden[3]).

§ 255. Die ein Zeugniss oder ein Gutachten enthaltenden Erklärungen öffentlicher Behörden[4]), ... desgleichen ärztliche Atteste über Körperverletzungen, welche nicht zu den schweren gehören[5]), können verlesen werden.

Ist das Gutachten von einer kollegialen Fachbehörde eingeholt worden, so kann das Gericht die Behörde ersuchen, eines ihrer Mitglieder mit der Vertretung des Gutachtens in der Hauptverhandlung zu beauftragen und dem Gerichte zu bezeichnen[6]).

---

[1]) Vergl. Anm. 1, Abs. 2 auf S. 16.

[2]) Zu den Augenscheinsprotokollen gehören auch die Protokolle über die gerichtliche Leichenschau; aber nicht diejenigen über die gerichtliche Leichenöffnung; über das Ergebniss derselben muss vielmehr der Beweis durch mündliche Vernehmung der Obduzenten erhoben werden, abgesehen von den Fällen, in denen nach den §§ 250 u. 252 eine Verlesung zulässig ist (Urth. des Reichsger. vom 8. Mai 1880 und 29. Ang. 1882). Eine Zuziehung beider Obduzenten zur Hauptverhandlung ist jedoch nicht erforderlich.

[3]) Nach dem Urth. d. R. Ger. (I. Str. S.) vom 9. Dezember 1889 können auch eigene Notizen zur Unterstützung des Gedächtnisses bei Abgabe eines mündlichen Gutachtens benutzt werden.

[4]) „Oeffentliche Behörden" im Sinne des § 255 sind sowohl kollegiale, aus mehreren Beamten bestehende Fachbehörden, z. B. Medizinalkollegien (Urt. des R. Ger., I. Str. S., vom 26. September 1895), als solche, die nur durch einen einzelnen Beamten repräsentirt werden. Das von einem hessischen Kreisgesundheitsamte (Kreisarzt) ausgestellte Zeugniss ist z. B. nach dem Urth. d. R. Ger. (I. Str. S.) vom 29. Juni 1896 als ein Gutachten einer öffentlichen Behörde anzusehen und demgemäss seine Verlesung in der Hauptverhandlung zulässig.

[5]) Konkurrieren bei leichten Körperverletzungen, also bei solchen, die nicht unter § 224 des Str. G. B. fallen, noch andere Delikte, z. B. Verbrechen wegen unzüchtiger Handlungen (§ 176), so ist das Verlesen der ärztlichen Atteste nicht zulässig (Urth. d. R. Ger. (I. Str. S.) vom 9. Juli 1894).

[6]) Gutachten einer kollegialen Fachbehörde, die nicht zum Gegenstande einer Verhandlung gemacht sind, können nicht als Beweismittel benutzt werden; denn als solche dürfen keine Thatsachen verwendet werden, die ausserhalb des Ergebnisses der Verhandlungen liegen und über die daher der Angeklagte nicht gehört werden kann (Urth. d. R. Ger. vom 6. April 1899).

Die vorstehenden gesetzlichen Bestimmungen finden auch bei dem Verfahren vor den Schiedsgerichten und dem Reichsversicherungsamt in Unfall- und Invaliditätssachen sinngemässe Anwendung. Desgleichen besteht für die Aerzte Zeugen- und Sachverständigenzwang in polizeilichen Angelegheiten; denn, wie der R.-Erl. der Min. d. Inn. und der Finanzen vom 7. Dezember 1899 ausdrücklich hervorhebt, ist die Verpflichtung, den Polizeibehörden sich zur Vernehmung zu stellen, eine allgemein; sie gehört zu denjenigen Pflichten, denen sich die Unterthanen des Staates im öffentlichen Interesse zu unterziehen haben und zwar unentgeltlich, wenn es sich um ihre Vernehmung als Zeuge handelt, während sie bei einer solchen als Sachverständiger Gebühren beanspruchen können. Nach dem vorgenannten Erlass sind aber

„. . . . . die Vorladungen selbst, wie überhaupt die protokollarischen Vernehmungen nach Möglichkeit einzuschränken. In vielen Fällen wird es zur Klarstellung des Sachverhaltes genügen, wenn die erforderlichen Erkundigungen in der Wohnung . . . . . der Betheiligten durch dte polizeilichen Organe eingezogen oder weun die betreffenden Personen, was von ihrem Bildungsgrade abhängig ist, zu einer schriftlichen Aeusserung aufgefordert werden . . . . . Muss jedoch aus besonders zwingenden Gründen die Vernehmung im Amtslokale der Polizei selbst erfolgen, so kann für den Vorgeladenen eine wesentliche Erleichterung dadurch geschaffen werden, dass auf seine Erwerbsverhältnisse nach Möglichkeit Rücksicht genommen wird. Vielfach wird es angängig sein, den Betreffenden hinsichtlich der Zeit ihres Erscheinens während der Geschäftsstunden freie Wahl zu lasseu und nur den Zeitpunkt festzusetzen, bis zu welchem der Vorladung entsprochen werden muss . . . . . Ein weiterer Zeitverlust lässt sich durch eine schnelle Abfertigung der Erschienenen vermeiden."

Den polizeilichen Vorladungen behufs Vernehmung als Zeuge oder Sachverständiger ist ebenso wie in den gerichtlichen Folge zu leisten, widrigenfalls Bestrafung nach Massgabe des § 132 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883 zu erwarten steht.

II. Die Aufgaben des Gerichtsarztes nnd ärztlichen Sachverständigen bei der Vornahme von Augenscheinen und Untersuchungen.

Die **Vornahme von Augenscheinen** (§§ 86, 191 und 193 der Str. Pr. O.; §§ 144, 371 und 372 der Z. Pr. O.; s. S. 21, 22, 24) wird, abgesehen von eigentlich ärztlichen Untersuchungen (s. S. 29) von dem Richter geleitet; der zugezogene Gerichtsarzt oder ärztliche Sachverständige ist nur technischer Beirath und hat als solcher sein Augenmerk dabei besonders auf die von jenem oder vom Staatsanwalt, Vertheidiger, von den Parteien u. s. w. bezeichneten Punkte und zur Beantwortung vorgelegten Fragen zu richten. Der Sachverständige darf sich aber hierauf nicht beschränken, sondern muss, wenn er seiner Aufgabe speziell mit Rücksicht auf die Rechtspflege voll genügen will, auch seinerseits gleichsam die Initiative ergreifen und den Richter auf alle diejenigen Umstände aufmerksam machen, die vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte aus noch der Ermittelung und Klarstellung bedürfen. Allerdings muss er sich streng hüten, etwa in die Rolle des Staatsanwaltes zu fallen; der § 80 der Str. Pr. O. (s. S. 18) giebt ihm aber die Berechtigung, zu verlangen, dass die Augenscheinseinnahme auf alle zur Vorbereitung seines Gutachtens wichtige Punkte ausgedehnt und er hierbei ebenfalls zugezogen wird. Gerade der ärztliche Sachverständige ist, wie wir bereits vorher betont haben (s. S. 6), meist am besten in der Lage, durch seine Beobachtungen die werthvollsten Fingerzeige für den weiteren Gang des Untersuchungs- oder Prozessverfahren zu geben, und zwar umsomehr, je mehr er den erforderlichen fachmännischen Blick und das richtige Verständniss besitzt, um im Einzelfalle beurtheilen zu können, was für die Beurtheilung des Rechtsfalles wichtig ist oder noch wichtig werden kann. Nach § 86 der Str. Pr. O. ist es auch seine Pflicht, bei der Einnahme des Augenscheins sowohl auf die richtige Feststellung des vorgefundenen Sachbestandes hinzuwirken, als das Augenmerk des Richters auf das Fehlen solcher Merkmale und Spuren hinzulenken, deren Vorhandensein nach der besonderen Beschaffenheit des Falles vermuthet werden konnte.

Gegenstand des Augenscheins können Oertlichkeiten, unbewegliche und bewegliche Sachen,

sowie lebende und verstorbene Personen sein; ärztliche Untersuchungen von Personen, gerichtliche Leichenöffnungen und Leichenschau fallen somit gleichfalls unter die Kategorie der Augenscheinseinnahmen. Welches Verfahren der ärztliche Sachverständige hierbei einzuschlagen hat, hängt selbstverständlich von dem jeweiligen Gegenstande und dem Zwecke der Untersuchung ab; die Beantwortung dieser Frage wird deshalb auch in dem speziellen Theile an den zutreffenden Stellen erfolgen. Hier sollen nur einige allgemeine Gesichtspunkte hervorgehoben werden, die für alle derartige Untersuchungen mehr oder weniger massgebend sind, gleichgültig, ob es sich um leblose Gegenstände, oder Personen, um Gesundheitsverhältnisse oder Krankheitszustände körperlicher oder psychischer Natur, Folgezustände und Erwerbsbeeinträchtigungen nach Unfällen u. s. w. handelt.

Ein Arzt muss als Sachverständiger vor allem die strengste Objektivität wahren. Insbesondere gilt dies betreffs der eigentlich ärztlichen Untersuchungen, die er in der Regel allein vornimmt, auch in Straf- und Zivilsachen da sich hier die Gegenwart des Richters entweder aus Rücksichten des sittlichen Anstandes oder deshalb verbietet, weil eine fortgesetzte Beobachtung (z. B. bei Geisteskranken) oder längere Untersuchungen (mikroskopische, chemische u. s. w.) erforderlich sind. Ebenso ist der Gerichtsarzt bei gerichtlichen Leichenschauen und Leichenöffnungen strenggenommen der Leitende und nicht der Richter. In allen diesen Fällen trägt er die volle Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Befundes; um so sorgfältiger muss er daher darauf achten, dass bei dessen Festlegung nichts übersehen wird oder Irrthümer vorkommen; denn sehr häufig bildet der von ihm aufgenommene Thatbestand die einzige sichere Unterlage nicht nur für die weitere juristische Behandlung des betreffenden Falles, sondern auch für eine etwa später sich als nothwendig herausstellende sachverständige Beurtheilung in höherer Instanz. Die weitgehendste Vorsicht ist demgemäss geboten, namentlich gegenüber den oft aus Unverstand, Niedertracht und Vortäuschung gemachten falschen Angaben der Betheiligten. Andererseits muss sich der Sachverständige vor jeder Voreingenommenheit hüten; sie trübt sein Urtheil und führt nur zu leicht zu falschen Schlüssen. Völlig verkehrt ist es z. B., die Untersuchung einer Person von vornherein auf Simulation zuzuspitzen, ehe der Verdacht einer solchen durch das negative oder widersprushsvolle Untersuchungsergebniss begründet erscheint; gerade Simulanten werden erfahrungsgemäss weit eher entlarvt, wenn sie von dem Arzte in dem Glauben gelassen werden, dass er alle ihre Angaben für bare Münze hielt, als wenn er sie sofort merken lässt, dass er den Verdacht auf Vortäuschung hegt; denn dadurch werden sie nur veranlasst, mehr auf ihrer Hut zu sein.

Nicht minder verkehrt und nachtheilig ist ein schablonenhaftes Vorgehen; jeder Einzelfall hat seine Eigenthümlichkeiten, die bei der Aufnahme des Befundes

thunlichst zu berücksichtigen und klar zu stellen sind unter Anwendung aller zu Gebote stehenden fachtechnischen Hülfsmittel. Die richtige Feststellung des Befundes setzt daher umfassende Kenntnisse auf allen Gebieten der medizinischen Wissenschaft, sowie volles Beherrschen der erforderlichen Untersuchungsmethoden voraus, also nicht nur theoretisches „Wissen", sondern auch praktisches „Können". Wem daher die eine oder andere Kenntniss oder Fertigkeit mangelt, der soll sein Unvermögen lieber offen bekennen und sich als Sachverständiger ablehnen lassen, als dass er in Folge der von ihm festgestellten lückenhaften oder falschen Unterlagen ein ungenügendes oder unrichtiges Gutachten abgiebt und sich womöglich der Gefahr aussetzt, dafür straf- und zivilrechtlich haftbar gemacht zu werden. Es gilt dies besonders betreffs derjenigen Fälle, wo spezialistische Kenntnisse auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin oder auf einem anderen Gebiete der medizinischen Wissenschaft (Psychiatrie, Augen- oder Ohrenkunde u. s. w.) nothwendig sind; der ärztliche Sachverständige vergiebt sich nicht dass Geringste, wenn er dann die Zuziehung eines anderen Sachverständigen in Vorschlag bringt, ebensowenig wie der Arzt an Ansehen verliert, wenn er bei schweren Erkrankungen die Konsultation mit einem anderen Kollegen verlangt. Nicht selten ist übrigens die Thätigkeit eines zweiten Sachverständigen nur in beschränktem Maasse erforderlich, indem der von ihm festzustellende Spezialbefund nur einen Theil des als Unterlage für die gerichtlich-medicinische Beurtheilung dienenden und bereits festgestellten Materials bildet, etwa in ähnlicher Weise, wie bei Vergiftungen das Ergebniss der chemischen Untersuchung eine Ergänzung des Obduktionsprotokolls darstellt. Für diese Fälle erwächst dem zuerst zugezogenen ärztlichen Sachverständigen die Aufgabe, dem Richter diejenigen Punkte genau zu bezeichnen, die einer weiteren Aufklärung durch andere Sachverständige bedürfen, ehe er selbst sein Gutachten abzugeben im Stande ist. Im § 80 der Str. Pr. O. wird allerdings dem Sachverständigen nur das Recht „weiterer Aufklärungen durch Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten" eingeräumt, aber diese Berechtigung findet auch in Bezug auf die Vernehmung von Sachverständigen sinngemässe Anwendung; in den §§ 81 der Str. Pr. O. und 656 der Z. Pr. O. ist sie mit Rücksicht auf die Begutachtung von Geisteskranken ausdrücklich anerkannt.

Eine der wichtigsten Aufgaben für den ärztlichen Sachverständigen ist bei den gerichtlichen Augenscheinseinnahmen Obduktionen u. s. w. die Sorge für die richtige klare und auch für Laien verständliche[1]) Fassung der darüber aufzunehmenden Verhandlung. Gleichgültig ob er selbst das Protokoll diktirt (bei Sektionen und

[1]) Ueber die Vermeidung von Fremdwörtern, Kunstausdrücken u. s. w siehe S. 37, Anm. 1.

Leichenschauen), oder dies von dem Richter geschieht, stets muss er dasselbe am Schluss noch einmal einer genauen Durchsicht unterziehen, um die sofortige Berichtigung etwaiger Irrthümer, Auslassungen, Schreibfehler u. s. w. veranlassen zu können. Nicht minder wichtig ist die Zurückbehaltung und Aufbewahrung von Objekten, die Anfertigung und Beigabe von Zeichnungen,[1]) photographischen Aufnahmen, auch solcher unter Benutzung der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen u. s. w., die später zu unmittelbarer Demonstration benutzt werden können. Die Vorzeigung und Erklärung derartiger Objekte oder Zeichnungen in den betreffenden Gerichtsverhandlungen giebt den Richtern und namentlich den aus Laien bestehenden Geschworenen oder Beisitzern in Unfall-Schiedsgerichten eine weit richtigere und leichter fassliche Vorstellung von dem Sachverhalt als die eingehendsten Beschreibungen. Auf diese Weise lassen sich z. B. die komplizirtesten Verletzungen von Weichtheilen oder Knochen ohne Schwierigkeit erläutern, auch ihre Entstehung durch bestimmte Werkzeuge oft in der überzeugendsten Weise begründen. Ausserdem wird dem ärztlichen Sachverständigen dadurch die Abgabe seines mündlichen Gutachtens wesentlich erleichtert; desgleichen bilden die betreffenden Objekte, Zeichnungen u. s. w. für ihn eine sehr werthvolle Sicherheitsmassregel bei etwaigen Angriffen gegen sein Gutachten. Aus allen diesen Gründen soll er niemals unterlassen, überall entsprechende Anträge zu stellen, wo dies angezeigt erscheint; sie werden wohl nie auf Widerstand seitens des Richters stossen, da diesem jede weitere Klarstellung durch neue Beweismittel nur erwünscht sein kann, ganz abgesehen davon, dass dem Sachverständigen selbst auch die Handhabe bleibt, die Abgabe eines ausreichenden Gutachtens von der Erfüllung jener Bedingung abhängig zu machen. Ebenso muss er aber auch in denjenigen Fällen, wo er ohne Beisein des Richters Untersuchungen vornimmt, auf die Zurückbehaltung von Objekten, Beschaffung photographischer Aufnahmen u. s. w. Bedacht nehmen; z. B. empfiehlt sich bei mikroskopischen Untersuchungen die Anfertigung von Dauerpräparaten, die dann genau zu bezeichnen und aufzubewahren, oder zu den Akten zu geben sind.

[1]) Im § 117 der österreichischen Strafprozessordnung vom 23. Mai 1873 ist betreffs der über die Augenscheine aufzunehmenden Protokolle ausdrücklich angeordnet, dass demselben „erforderlichenfalls Zeichnungen, Pläne, Risse beizufügen und Maasse, Gewichte, Grössen- und Ortsverhältnisse nach bekannten und unzweifelhaften Bestimmungen zu bezeichnen sind."

III. Die Aufgaben des Gerichtsarztes und ärztlichen Sachverständigen bei der Abgabe von mündlichen und schriftlichen Gutachten.

Bei dem jetzigen, grundsätzlich mündlichen Verfahren in Straf- und Zivilsachen sowohl, als in Unfall- und Invaliditätsangelegenheiten werden von dem ärztlichen Sachverständigen weit häufiger als früher **mündliche Gutachten** im Termin verlangt; auch in denjenigen Fällen, wo er vorher ein schriftliches Gutachten erstattet hat, erfolgt gleichwohl seine Zuziehung zum Verhandlungstermin, in dem er dann dieses mündlich vorzutragen und gegen etwaige Angriffe des Staatsanwalts, des Vertheidigers, der Parteien oder vorgeladenen anderweitigen Sachverständigen zu vertheidigen hat. Diese Aufgabe ist meist keine leichte, namentlich wenn es sich um etwas komplizirtere Fälle handelt; denn nicht jeder Arzt ist in der Lage, auf Grund der von ihm oder anderen Sachverständigen vorher festgestellten Untersuchungsergebnisse und im Termin selbst erfolgten Zeugen- und Sachverständigen-Vernehmungen sein Gutachten in freier Rede abzugeben und überzeugend zu begründen, sowie etwa an ihn herantretende Kreuz- und Querfragen schlagfertig zu beantworten. Es gehört hierzu nicht nur eine grosse Sachkenntniss, sondern auch eine gewisse Uebung; vor allem muss der Sachverständige aber mit dem Gegenstand seiner Vernehmung völlig vertraut sein; dann wird er auch allen Einwänden, gleichgültig von welcher Seite sie kommen, gewappnet gegenüber stehen. v. Hofmann giebt hierfür in seinem klassischen Lehrbuch der gerichtlichen Medizin so vortreffliche Rathschläge,[1]) dass ihre genauere Beachtung nicht dringend genug empfohlen werden kann:

„Jeder Arzt hat sich zu bestreben, dass seine Auseinandersetzungen wissenschaftlich und logisch richtig, möglichst bestimmt und namentlich verständlich und auch den Laien zu überzeugen im Stande sind. Letzteres ist besonders bei Schwurgerichtsverhandlungen zu beachten und auf den Bildungsgrad der Geschworenen Rücksicht zu nehmen, von denen in der Regel viele unmöglich aus dem Gutachten der Sachverständigen eine Ueberzeugung gewinnen können, wenn dieser seine Ausführungen in einer Weise giebt, welchen nur der höher Gebildete zu folgen im Stande ist. Aus gleichem Grunde empfiehlt es sich,

[1]) 5. Auflage; 1891; S. 43.

weitschweifige und hochtrabende Auseinandersetzungen zu vermeiden, vielmehr kurz und schlicht den Sachverhalt zu schildern und das Gutachten abzugeben. Es ist allerdings ein Rednertalent und die Gabe einer fliessenden klaren Darstellung nicht Jedermann gegeben, und auch dem Eindrucke des Momentes und des öffentlichen Auftretens wird sich manchmal der Anfänger nicht entziehen können; doch auch in dieser Beziehung wächst die Sicherheit mit zunehmender Uebung und Erfahrung; auch dem Neuling in solcher Situation soll das Bewusstsein über derartige Einflüsse hinweghelfen, dass man von ihm keine oratorischen Leistungen, keine kunstvoll aufgebauten Plaidoyers verlangt, sondern eine einfache Schilderung der ärztliche Beurtheilung erfordernden Verhältnisse des konkreten Falles und eine Darlegung der aus diesen sich ergebenden Schlüsse.

Nicht ganz ohne Schwierigkeiten ist die Lage der ärztlichen Sachverständigen gegenüber den Fragen und Einwirkungen der dazu berechtigten Personen, ... , eine Situation, die durch etwaige Meinungsverschiedenheiten der zitirten Sachverständigen selbst mitunter noch diffiziler sich gestalten kann. In solchen Fällen kommt es besonders darauf an, Ruhe und Geistesgegenwart zu wahren und sich weder durch das Drängen des Fragenden, noch durch die gewöhnlich von diesem geübte Taktik, alle erdenklichen Möglichkeiten herbeizuziehen, einschüchtern zu lassen. Insbesondere hat der Experte darauf zu achten, dass er bei seinen Aussagen stets auf streng ärztlichem Standpunkt bleibe und niemals aus seiner Stellung als Sachverständiger heraustrete. Nach beiden Richtungen hin geschehen Fehler, allerdings nicht selten veranlasst durch das Drängen der Fragenden. Der zur Verhandlung beigezogene Arzt ist eben nur als Arzt gerufen worden und hat über keine anderen Verhältnisse sich zu äussern, als über solche, die mit ärztlichem Wissen beurtheilt werden können. Werden ihm daher Fragen vorgelegt, die auch ohne medizinische Bildung beantwortet werden können oder derart sind, dass zu ihrer Beantwortung ganz andere Fachkenntnisse erfordert werden, als der Arzt besitzt, so kann er ein Eingehen auf diese ohne weiteres ablehnen.

Am meisten hat aber der Arzt sich zu hüten, in die Rolle eines Anklägers oder Vertheidigers zu fallen. Es wäre dieses einer der grössten Fehler, die er als Sachverständiger begehen könnte. Es kommt ihm durchaus nicht zu, belastende oder entlastende Momente aufzubringen, er hat sich vielmehr zu hüten, auch nur solche oder ähnliche Ausdrücke zu gebrauchen, sondern hat nicht zu vergessen, dass seine Aufgabe bloss darin besteht, gewisse Thatsachen oder Verhältnisse in ganz objektiver Weise klarzustellen, während anderen die Aufgabe zufällt, diese vom Arzte klargelegten Verhältnisse für die Urtheilssprechung zu verwerthen."

Besondere Vorsicht und seine volle Geistesgegenwart hat der ärztliche Sachverständige namentlich neu im Verhandlungstermin auftauchenden Fragen gegenüber zu wahren, denn ihre Beantwortung erfordert meist reifliche Ueberlegung; nicht selten ist dann ein „non liquet" angebrachter, als eine unsichere, voreilige Schlussfolgerung, die sich später nicht aufrecht halten lässt. Dem Sachverständigen bleibt es auch unbenommen, in solchen Fällen weitere Vernehmungen oder Untersuchungen als erforderlich zu bezeichnen und von deren Ergebniss sein Gutachten abhängig zu machen; desgleichen empfiehlt sich für schwierigere Fälle die Vorbehaltung eines schriftlichen Gutachtens.

Das sicherste Mittel gegen alle unangenehmen Zufälligkeiten bei mündlichen Verhandlungen ist jedenfalls eine entsprechende Vorbereitung. Dahin gehört vor allen eine genaue Akteneinsicht, um sich über das einschlägige Material eingehend zu informiren; dieselbe wird dem Sachverständigen auf Verlangen stets gewährt (s. auch § 80 d. Str. Pr. O.; S. 18), meistens werden ihm sogar die Akten bei der Vorladung mit übersandt, auch wenn es sich um die Abgabe von mündlichen Gutachten handelt. Desgleichen kann nur dringend empfohlen werden, sich vor dem Termine den Gedankengang und die Beweisführung des abzugebenden Gutachtens durch kurze Notizen zu fixiren, deren Benutzung zur Unterstützung des Gedächtnisses zulässig ist (Urth. d. R. Gr. (I. Str. S.) vom 9. Dezember 1889). Mit Hülfe solcher Notizen wird es selbst den weniger geübten Sachverständigen unschwer gelingen, seine Ausführungen logisch, kurz und für den Laien ebenso überzeugend als klar verständlich zu gestalten; er wird auf diese Weise auch am besten überflüssige Abschweifungen vermeiden, durch die leider noch viel zu oft ärztliche Sachverständige die Wirkung ihres Gutachtens beeinträchtigen. Sollte sich übrigens ein Sachverständiger etwaiger früherer Aussagen oder Verhandlungen nicht mehr genau erinnern, so kann er das Vorlesen derselben aus den Akten verlangen; dagegen ist die einfache Bezugnahme auf ein früher abgegebenes schriftliches Gutachten nicht statthaft.[1])

Massgebend für die Begründung seiner Schlussfolgerungen dürfen für die ärztlichen Sachverständigen nur die im Einzelfalle festgestellten Thatsachen und die allgemein anerkannten Grundsätze und Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft sein. Etwaige Berufungen auf Autoritäten werden dabei besser vermieden; dasselbe gilt von der Verwerthung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse, deren Richtigkeit noch nicht völlig erwiesen ist. Mitunter wird man allerdings auch diese berücksichtigen müssen; dann sollte aber niemals ein Zweifel über ihren hypothetischen Charakter gelassen werden. Ob die Beweisführung auf positivem oder ausschliessendem Wege erfolgt, hängt selbstverständlich von den jeweiligen Verhältnissen ab; ist es nicht möglich, ein bestimmtes Urtheil abzugeben, so wird sich der Gutachter auf einen Wahrscheinlichkeitsschluss beschränken müssen; es wird dies sogar nicht selten der Fall sein, da, wie v. Hofmann sehr richtig sagt,[1]) „die Medizin ihre Schlüsse nicht mit so genauer Schärfe ziehen kann, wie etwa die Mathematik, auch ist sie keine sogenannte „fertige" Wissenschaft, sondern in beständiger Ausbildung und Entwicklung begriffen... Unter allen Umständen muss sich der Arzt aber hüten, positive Schlüsse zu ziehen, wenn die Prämissen derselben nicht ganz klar gelegt sind, oder andererseits in den entgegengesetzten Fehler zu fallen und durch

[1]) In welchen Fällen auch das Verlesen schriftlicher Gutachten zulässig ist, darüber siehe § 255 Str.-Pr.-O., S. 26.

[1]) L. c. S. 35.

übertriebene ärztliche Herbeiziehung aller erdenklichen Möglichkeiten die Beweiskraft seines Gutachtens zu schwächen." Gerade in diesen Fehler fallen leider sehr viele Aerzte und machen dadurch nicht nur dem Richter die Entscheidung äusserst schwierig, sondern schaden auch ihrem Ansehen und demjenigen des ärztlichen Standes überhaupt.

Ueber die mündliche Vernehmung eines Sachverständigen wird stets ein Protokoll aufgenommen, auf dessen richtige Fassung zu achten ist (s. S. 30).

Alle vorstehenden Grundsätze finden mehr oder weniger auch für die von ärztlichen Sachverständigen zu erstattenden **schriftlichen Gutachten** Anwendung, die von Seiten der Gerichtsbehörden dann eingefordert werden, wenn eingehende Darstellungen und Begründungen, die sich ihrer Komplizirtheit wegen nicht zum mündlichen Vortrage eignen, nothwendig sind. Der Auftrag geschieht entweder so, dass der Sachverständige vor Gericht geladen, beeidigt, über die zu begutachtenden Punkte mündlich unterrichtet und hierauf beauftragt wird, ein schriftliches Gutachten einzureichen, oder dass er eine schriftliche Information mit der Aufforderung zur Abgabe des Gutachtens erhält und dann bei dessen Niederlegung nachträglich vereidigt wird. Ist eine Frist zur Erstattung des Gutachtens gesetzt, so muss diese eingehalten werden; bei etwaiger unentschuldbarer Versäumniss finden die Strafbestimmungen im § 77 d. Str. Pr. O. bezw. § 409 d. Z. Pr. O. (s. S. 16) Anwendung.

Wird von Privatpersonen ein schriftliches Gutachten erbeten, das Gerichts- oder anderen Behörden vorgelegt werden soll, dann warten beamtete Aerzte besser eine amtliche Requisition ab, soweit es sich nicht um Gutachten handelt, deren Ausstellung ihnen von Amtswegen obliegt. Ebenso empfiehlt es sich in solchen Fällen dringend, das Gutachten nicht den ersuchenden Privat-Personen auszuhändigen, sondern sie der betreffenden Behörde unmittelbar einzureichen, wie solches z. B. durch den R. Erl. vom 22. Juni 1891 für amtsärztliche Atteste in Strafsachen ausdrücklich vorgeschrieben ist.[1])

---

[1]) Der M. Erl. vom 22. Juni 1891 lautet:

„Da es wünschenswerth erschienen ist, den Medizinalbeamten einen grösseren Schutz gegen Täuschung seitens der Atteste erlangenden Privatpersonen und eine grössere Freiheit in der Darstellung und Beurtheilung festgestellter Zustände zu gewähren, so hat der Herr Justizminister im Einvernehmen mit mir die Bestimmung getroffen, dass wenn nach den bisherigen Vorschriften oder nach den Umständen des Falles in der Strafrechtspflege die Unterstützung eines Antrages durch ein Attest eines Medizinalbeamten erforderlich erscheint, in der Regel seitens der zuständigen Justizbehörde dem Antragsteller die Beibringung eines solchen Attestes auf seine Kosten aufzugeben ist. Denselben ist zugleich anheimzustellen, sich von dem ihm zu bezeichnenden Physikus unter Vorzeigung der Verfügung untersuchen zu lassen und ihm dabei zu bemerken, dass der Physikus das Attest unmittelbar zu den Akten einsenden werde.

Demgemäss werden die Medizinalbeamten fortan, wenn sich derartige Personen unter Vorlegung einer solchen Verfügung einer Justizbehörde wegen ihrer Untersuchung und der Aussteilung eines Attestes an sie wenden, letzteres

Bei der Abfassung schriftlicher Gutachten hat der Sachverständige besondere Sorgfalt auf die möglichst genaue Angabe der von ihm festgestellten Thatbestandes zu legen; unzulässig ist es, nur die aus dem Untersuchungsergebniss gefolgerte Diagnose wie „Fieber, Entzündung, u. s. w. anzugeben, statt der einzelnen vorgefundenen Krankheits- u. s. w. Erscheinungen, auf die sich jene begründet. Noch bedenklicher ist es, wenn irgend welche Organe als krank oder gesund bezeichnet werden lediglich auf die Angaben des Untersuchten hin, ohne dass sich der Arzt thatsächlich davon überzeugt hat. Als völlig verwerflich muss es aber bezeichnet werden, ein Gutachten oder Befundschein über den Gesundheits- oder Krankheitszustand einer Person auszustellen ohne zuvorige ärztliche Untersuchung. Alle diese Verfehlungen können für den Arzt die nachtheiligsten Folgen haben (s. Abschnitt V., S. 45).

Ueber die sonstige Form der Gutachten sind je nach dem Zweck, für den sie bestimmt sind, vielfach besondere Vorschriften gegeben, die später im speziellen Theile an zutreffender Stelle mitgetheilt werden. Hier soll nur die durch M.-Erl. vom 20. Januar 1853 und 11. Februar für die Abfassung von Gesundheitsattesten gegebenen und wiederholt in Erinnerung gebrachten allgemeinen Vorschriften erwähnt werden. Darnach müssen alle amtlichen Atteste und Gutachten enthalten:

„1. die bestimmte Angabe der Veranlassung zur Ausstellung des Attestes, des Zweckes[1]), zu welchem dasselbe gebraucht, und der Behörde[2]), welcher es vorgelegt werden soll, sowie des Ortes[3]) und Tages der stattgehabten Uutersuchung;

2. die etwaigen Angaben des Kranken oder der Angehörigen desselben über seinen Zustand[4]);

3. bestimmt gesondert von den Angaben zu 2[5]) die eigenen thatsächlichen Wahrnehmungen des Beamten über den Zustand des Kranken;

---

nicht an diese Personen einzuhändigen haben. Die direkte Einsendung des Attestes, insofern sich dasselbe ohne Schwierigkeit ermöglichen lässt, ist auch in denjenigen Fällen zu bewirken, in welchen Privatpersonen die Ausstellung eines Attestes verlangen, ohne bereits im Besitze einer darauf bezüglichen behördlichen Verfügung zu sein."

[1]) Selbst bei den einfachen Gesundheits- oder Krankheitsbescheinigungen, ist, um jedem Missbrauch vorzubeugen, Veranlassung und Zweck anzugeben; ausserdem sind stets nicht nur der vollständige Name, sondern auch Stand oder Beruf und das Alter des Untersuchten zu vermerken, desgleichen, in welcher Weise die Identität desselben festgestellt ist.

[2]) Die Bezeichnung der Behörde kann natürlich fortfallen, wenn diese selbst den Auftrag gegeben hat.

[3]) Ob in der Wohnung des Arztes oder in der Wohnung der Untersuchten.

[4]) Zur Anamnese gehören auch die Angaben über etwaige vorherrschende Krankheiten in der Familie des Untersuchten, den Akten etwa entnommenen Mittheilungen über frühere Untersuchungsergebnisse u. s. w.

[5]) Die Angaben des Untersuchten und die Beobachtungen des Arztes sind scharf zu trennen und ad 3 zunächst die ärztlichen Wahrnehmungen vor der eigentlichen Untersuchung zu bringen (über allgemeinen Körperbau nnd Ernährungszustand, Aussehen, Haltung, Sprechweise, Gang u. s. w.); auch etwaige Beobachtungen, die der Arzt mit Rücksicht auf die Angaben des Untersuchten gemacht hat, sind hier anzuführen, z. B. „der Untersuchte kleidete sich trotz des angeblich gelähmten Armes ohne fremde Hülfe aus" u. s. w.

4. die aufgefundenen wirklichen Krankheitserscheinungen[6]);

5. das thatsächlich und wissenschaftlich motivirte Urtheil über die Krankheit, über die Zulässigkeit eines Transportes oder einer Haft oder über die sonst gestellten Fragen;

6. die diensteidliche[7]) Versicherung, dass die Mittheilungen des Kranken oder seiner Angehörigen (ad 2) richtig in das Attest aufgenommen seien, dass die eigenen Wahrnehmungen des Ausstellers (ad 3 und 4) überall der Wahrheit gemäss sind und dass das Gutachten auf Grund der eigenen Wahrnehmungen des Ausstellers nach bestem Wissen abgegeben ist.[7])

Ausserdem müssen die Atteste mit vollständigem Datum und vollständiger Namensunterschrift, insbesondere mit dem Amtscharakter[7]) und mit einem Abdruck des Dienstsiegels[7]) versehen sein.

In seinem Gutachten hat sich der Sachverständige streng an die ihm zur Beantwortung vorgelegten Pragen zu halten und etwaige gutachtliche Aeusserungen über Fragen, die nicht der ärztlichen Beurtheilung, sondern derjenigen des Richters oder anderer Behörden unterliegen, zu vermeiden; er soll eben nur das Material für die Entscheidung liefern, während er mit dieser sselbst nichts zu thun hat.

Ebenso wie bei mündlichen Verhandlungen soll der Sachverständige auch bei schriftlichen Gutachten Ausdrücke, welche die Betheiligten beunruhigen oder verletzen können, z. B. „Todeskandidat", „Rabenvater" u. s. w., nicht gebrauchen und in der Form eine vorsichtige Fassung wahren, ohne dass dadurch die Zuverlässigkeit und Objektivität seines Gutachtens leidet. Nicht minder ist auf eine leichtverständliche Ausdrucksweise Bedacht zu nehmen unter Vermeidung aller Fremdwörter und Fachausdrücke.[1]) Nothwendig ist es auch, dass die Gutachten gut leserlich geschrieben sind; Aerzte mit undeutlicher Handschrift sollten ihre Gutachten daher stets abschreiben lassen. Da sie die Abschreibegebühren in Anrechnung bringen können, ist dies kein unbilliges Verlangen. Ueberhaupt kann den Sachverständigen nicht dringend genug empfohlen werden, von jedem schriftlichen Gutachten ein Konzept zurückzubehalten oder wenigstens genaue Notizen über Thatbestand, Begründung und Schlussfolgerungen aufzubewahren; sie sind für etwaige spätere Rückfragen, Untersnchungen oder Begutachtungen gar nicht zu entbehren, wenn man nicht Gefahr laufen will, sich mit seinen früheren Ausführungen in Widerspruch zu setzen.

---

[6]) Bei der Feststellung des objektiven Befundes (Status praesens) empfiehlt es sich, eine gewisse Ordnung einzuhalten. Schlussfolgerungen dem objektiven Befunde gleich beizufügen, ist verfehlt; derselbe muss sich von dem Gutachten ebenso streng abheben, wie von der Anamnese.

[7]) Fällt bei nicht amtlichen Attesten fort; sie ist auch bei allen schriftlichen Gutachten, die von Gerichtsbehörden eingefordert werden, nicht erforderlich, da der Sachverständige doch in jedem Einzelfalle entweder bei Uebergabe des Gutachtens oder in der mündlichen Verhandlung den Sachverständigen-Eid zu leisten hat (s. § 79 d. Str.-Pr.-O. und § 410 d. Z.-Pr.-O., § 17).

[1]) Durch R.-Erl. vom 10. Februar 1899 sind die Medizinalbeamten angewiesen, bei der Abfassung von amtlichen Berichten, ärztlichen Gutachten und Attesten den Gebrauch von ärztlichen Fachausdrücken und Fremdwörtern, die für den Laien unverständlich sind, soweit dies thunlich ist, zu vermeiden.

IV. Verweigerung des Zeugnisses oder Gutachtens. Berufsgeheimniss.

Nach den gleichlautenden Bestimmungen der Str. und Z. Pr. O. (§ 76 bezw. § 408, s. S. 15, ist der Sachverständige aus denselben Gründen wie der Zeuge zur **Verweigerung des Gutachtens** berechtigt. Die betreffenden Bestimmungen lauten:

a. Strafprozessordnung:

§ 51. Zur Verweigerung des Zeugnisses sind berechtigt; 1. Der Verlobte der Beschuldigten; 2. der Ehegatte der Beschuldigten, auch wenn die Ehe nicht mehr besteht; 3. diejenigen, welche mit dem Beschuldigten in gerader Linie verwandt, verschwägert oder durch Adoption verbunden, oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder bis zum zweiten Grade verschwägert sind auch wenn die Ehe, durch welche die Schwagerschaft begründet ist, nicht mehr besteht.

Die bezeichneten Personen sind vor jeder Vernehmung über ihr Recht zur Verweigerung des Zeugnisses zu belehren. Sie können den Verzicht auf dieses Recht auch während der Vernehmung widerrufen.

§ 52. Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner berechtigt:

3. . . . . Aerzte in Ansehung desjenigen, was ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut ist.

Die unter Nummer 2 und 3 angeführten Personen dürfen das Zeugniss nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.

§ 54. Jeder Zeuge kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihm selbst oder einem der im § 51 No. 1—3 bezeichneten Angehörigen die Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung zuziehen wird.

§ 57. Stehen Personen zu dem Beschuldigten in einem Verhältniss, welches sie nach § 51 zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt, so hängt es von dem richterlichen Ermessen ab, ob sie unbeeidigt zu vernehmen oder zu beeidigen sind.

Dieselben können auch nach der Vernehmung die Beeidigung des Zeugnisses verweigern und sind über dieses Recht zu belehren.

b. Zivilprozessordnung:

§ 383. Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner berechtigt:

1—3 gleichlautend mit § 51 der Str.-Pr.-O.

5. Personen, welchen Kraft ihres Amtes, Standes, Gewerbes Thatsachen anvertraut sind, deren Geheimhaltung durch die Natur derselben oder durch gesetzliche Vorschrift geboten ist, hm

Interesse der Thatsachen, auf welche die Verpflichtung zur Verschwiegenheit sich bezieht.

Abs. 2 stimmt überein mit § 51 Abs. 2 d. Str.-Pr.-O.

Die Vernehmung der No. 4 und 5 bezeichneten Perszonen ist, auch wenn das Zeugniss nicht verweigert wird, auf Thatsachen nicht zu richten, in Ansehung welcher erhellt, dass ohne Verletzung der Verpflichtung zur Verschwiegenheit ein Zeugniss nicht abgelegt werden kann.

§ 385. Die in § 383, No. 4 und 5 bezeichneten Personen dürfen das Zeugniss nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.

An und für sich ist jeder Arzt zum Zeugniss wie zur Abgabe von Gutachten (s. § 75 der Str. Pr. und § 407 der Z. Pr. O.; S. 15) verpflichtet;; und zwar nicht nur vor den ordentlichen Gerichten, und den diesen gleichgestellten Verwaltungsgerichten (Kreis- und Bezirksausschüssen), Schiedsgerichten in Unfall- und Invaliditätssachen, sondern auch Polizei- und Verwaltungsbehörden gegenüber (s. S. 26). Den Berufsgenossenschaften, Alters- und Invaliditätsanstalten gegenüber besteht eine derartige direkte Verpflichtung nicht, jedoch liegt es im öffentlichen und im eigenen Interessse des Arztes, wenn er auch den von diesen an ihn ergehenden Ersuchen nachkommt, da er schliesslich auf polizeilichem Wege oder im schiedsgerichtlichen Verfahren dazu gezwungen werden kann. Aus welchen Gründen der Sachverständige von der Erstattung eines Gutachtens entbunden werden kann, ist bereits früher erörtert (s. Anm. 1 auf S. 14); demselben steht aber auch das Recht zu, die Abgabe eines solchen zu verweigern und zwar „in Ansehung alles desjenigen, das ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut ist". Er hat jedoch nur das Recht und nicht die Pflicht über die ihm als Geheimniss bei Ausübung seiner Berufsthätigkeit anvertrauten Thatsachen ein Zeugniss oder ein Gutachten zu verweigern; das Gesetz überlässt es seinem pflichtgemässen Ermessen, ob er von jenem Rechte Gebrauch machen will oder nicht. Mit Recht betont Schlegtendal[1]), dass durch die betreffenden gesetzlichen Bestimmungen dem Arzte ein Beneficium geboten ist, dessen Wert um so grösser wird, je unsympathischer ihm jede Vernehmung vor Gericht ist und je intimer die Verhältnisse sind, über die er ein Zeugniss oder Gutachten abgeben soll, z. B. in Ehescheidungs-, Fruchtabtreibungsprozessen u. s. w. Aber auch bei viel unschuldigeren und einfacheren Angelegenheiten wird es dem Arzte unter Umständen sehr angenehm sein, seine Beobachtungen und Erfahrungen im Interesse einer Partei, bei der er als Hausarzt das grösste Vertrauen geniesst, verschweigen zu können, solange er nicht seitens der beteiligten Partei von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden wird. Der Richter kann ihn von dieser Verpflichtung nicht entbinden; er ist aber auch nicht verpflichtet, ihn über sein Recht der Zeug-

[1]) Schlegtendal: Das Berufsgeheimniss des Arztes. Deutsche mediz. Wochenschrift; Jahrg. 1895, No. 31.

nissverweigerung zu belehren. Dem Arzte bleibt somit allein die Entscheidung, ob er im gegebenen Falle sein Berufsgeheimniss vor dem Richter offenbaren will oder nicht; deshalb soll er sich auch nicht durch Zureden oder Drängen des Richters zur Aussage bereden lassen, falls er eine solche nach Lage der Sache nicht für gerechtfertigt hält; denn der Kranke, der seine Hilfe in Anspruch genommen und ihm dadurch sein Vertrauen geschenkt hat, verlässt sich darauf, dass er in diesem Vertrauen nicht ohne zwingende Gründe getäuscht wird.[1]) Von juristischer Seite[2]) wird allerdings angenommen, dass in der Ablegung eines von dem Richter oder einer Behörde geforderten Zeugnisses eine strafbare Offenbarung eines **Berufsgeheimnisses** nicht erblickt werden könne, da die Zeugnissabgabe keine unbefugte sei. Der einschlägige § 300 des Str. G. B. bestimmt nämlich:

> . . . Aerzte[3]), Wundärzte, Hebammen, Apotheker sowie die Gehilfen[4]) dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres . . . Standes, Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu 1500 Mark oder mit Gefängniss bis zu drei Monaten bestraft.
>
> Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.[5])

Nach den Urtheilen des Reichsgerichts vom 22. Oktober 1885 und 26. Juni 1894 ist unter dem Begriff „Privatgeheimniss", speziell mit Rücksicht auf das Verhältniss des Arztes zu der ihn konsultirenden Person, das Geheimhalten solcher Wahrnehmungen zu verstehen, deren Bekanntwerden nicht im Interesse der betreffenden Person liegt, vielmehr geeignet ist, deren Ehre, Ansehen oder Erwerbsverhältnisse zu beeinträchtigen oder zu schädigen. Dieselben brauchen ihm auch nicht unter der ausdrücklichen Auflage des Geheimhaltens anvertraut zu sein, sondern es genügt, wenn sie ihm als Arzt unter Umständen zu seiner Kenntniss gelangt sind, aus denen sich die Aufforderung des Geheimhaltens stillschweigend ergiebt.[1]) Auch wenn der Arzt seinen Beruf aufgegeben hat,

---

[1]) Vergl. auch Dr. S. Placzeck: Das Berufsgeheimniss des Arztes. 2. Aufl.; Leipzig 1898. Verlag von Georg Thieme.

[2]) Z. B. in dem Kommentare der Str.-Pr.-O. Loewe u. Oppenhof.

[3]) Nur „Aerzte", auch die im Inlande praktizirenden ausländischen Aerzte fallen unter § 300, Thierärzte oder Kurpfuscher dagegen nicht.

[4]) Z. B. Heilgehilfen soweit sie die ihnen bei ihrer Thätigkeit als Gehilfen der Aerzte anvertrauten Geheimnisse offenbaren.

[5]) Der Antrag muss innerhalb drei Monaten gestellt werden (§ 61 des Strafgesetzbuches). Berechtigt dazu ist der Anvertrauende oder dessen gesetzlicher Vertreter (Vormund, Pfleger) bezw. das Familienhaupt, wenn sich z. B. ein Arzt als Hausarzt etwaige Indiskretionen über ein Familienmitglied hat zu Schulden kommen lassen.

[1]) In dem Urtheile des R.-Ger. (III. Str.-S.) vom 22. Oktober 1885 heisst es wörtlich:

„Dahin können nicht bloss die Krankheiten selbst, die er heilen sollte, sondern noch andere Dinge gehören, die er bei der Untersuchung oder bei der Behandlung des Kranken oder über die Ursachen der Krankheit kennen gelernt hat, überhaupt solche, wenn auch nicht zu den Krankheiten selbst zu rechnende Thatsachen, deren Kenntnissnahme in das Gebiet der Ausübung des Berufes des Arztes als solchen fällt und die er in seiner Eigenschaft als Arzt wahrgenommen hat. Gleichwohl lässt sich nicht behaupten, dass die Offenbarung

bleibt er zum Geheimhalten der ihm bei der früheren Ausübung seiner Berufsthätigkeit anerkannten Wahrnehmungen verpflichtet. Straffällig macht er sich allerdings nur, wenn er diese „unbefugt" offenbart, d. h. an dritte Personen mittheilt, gleichgültig, ob dies mit Absicht, z. B. um zu beleidigen oder Gewinn zu erzielen, oder aus Fahrlässigkeit (Schwatzhaftigkeit) geschieht. Auch der wissenschaftliche Zweck einer derartigen Veröffentlichung schliesst die Bestrafung nicht aus, falls von dem Betheiligten nicht vorher die Zustimmung dazu gegeben oder durch die Art der Veröffentlichung (Fortlassung von Namen, Wohnort u. s. w.) die vollste Diskretion gewahrt ist. Die Genehmigung zu einer solchen Veröffentlichung sollte sich übrigens der Arzt stets schriftlich geben lassen, da sich der betreffende Patient später nicht selten anders besinnt und dann seine mündliche Zusage in Abrede stellt. Nach dem Urtheil des Reichsgerichts, IV. Str.-S., vom 26. Juni 1894 ist der Arzt zur Offenbarung der von ihm bei der Untersuchung einer Person gemachten Wahrnehmungen auch dann nicht befugt, wenn diese schon auf andere Weise „gerüchtweise" bekannt geworden sind;

> „denn Dinge, von denen andere nur unsichere oder ungewisse Kenntniss haben, können nicht als offenkundige angesehen werden . . . insbesondere gilt dies betreffs der Ergebnisse der Untersuchung, also betreffs Thatsachen, die nicht allgemein bekannt waren . . ., durch deren Bekanntgeben aber ein Schluss auf die Roheit der Misshandlungen und auf die Intensivität des ehelichen Unfriedens u. s. w. gezogen werden könnte. Ihre Geheimhaltung lag daher im hohen Interesse der betreffenden Eheleute."

Als nicht unbefugt und demgemäss als nicht strafbar ist jedoch die Offenbarung eines Berufsgeheimnisses anzusehen, wenn sie zur Wahrung besonderer Rechte und persönlicher Interessen (z. B. zum Beweis von Honorarforderungen, zum Schutz gegen etwaige Vorwürfe wegen Kunstfehler u. s. w.) oder auf Grund spezieller gesetzlicher Bestimmungen geschieht.

---

jeder derartigen Wahrnehmung ohne Weiteres durch den § 300 mit Strafe habe bedroht werden sollen. Ist dem Arzte als solchem eine Mittheilung mit der ausdrücklichen Auflage gemacht worden, sie geheim zu halten, so hat man allerdings dieselbe als ein Geheimniss . . . schon wegen dieser Auflage anzusehen. Eine derartige Anforderung kann sich aber auch aus den Umständen ergeben, und dies wird der Fall sein, wenn ein Interesse derjenigen Personen, mit denen der Arzt als solcher zu thun hat, an der Geheimhaltung erkennbar ist... Ein solches Interesse kann sehr mannigfaltiger Art sein; es kann zweifellos auch aus der Rücksicht auf Anstand und Sitte entspringen, und ein Interesse dieser Art an der Geheimhaltung wird regelmässig bei Geschlechtskrankheiten vorliegen . . . Die Mittheilung oder Zugänglichmachung (der Wahrnehmungen) braucht nicht in einer Darlegung der Krankheit oder der sonstigen Thatsachen oder Verhältnisse zu bestehen, die ohnehin so beschaffen sein können, dass sie erst der Arzt selbst durch seine eigenen Beobachtungen vermöge der ihm beiwohnenden Sachkunde wahrzunehmen vermag. Vielmehr genügt es..., dass der Arzt als solcher zugezogen worden ist; damit ist ihm als Arzt auch dasjenige mitgetheilt oder seiner Kenntnissnahme zugänglich gemacht worden, was er demnächst in Ausübung seines Berufes in Erfahrung bringt und, soweit dies für ein Geheimniss erachtet werden muss, hat es ihm der Zuziehende im Sinne des Paragraphen anvertraut."

Dahin gehört z. B. die Anzeige von ansteckenden Krankheiten, zu welcher der Arzt gesetzlich verpflichtet ist, desgleichen die ihm nach § 139 des Str. G. B. obliegende Anzeige beabsichtigter gemeingefährlicher Verbrechen,[1]) falls er von ihrem Vorhaben zu einer Zeit Kenntniss erhält, in der die Verhütung des Verbrechens noch möglich war. Ist die That dagegen bereits begangen, so besteht für den Arzt keine Verpflichtung zur Anzeige, wenn er von einer solchen oder von einem anderen Verbrechen z. B. kriminellem Abort, bei Ausübung seines Berufes Kenntniss erhielt; er würde im Gegentheil mit Sicherheit gegen den ausdrücklich erklärten oder doch wenigstens gegen den präsumtiven Willen des Anvertrauenden handeln und sich somit im Sinne des § 300 strafbar machen, abgesehen von denjenigen Fällen, wo er in gutem Glauben d. h. in der Annahme gehandelt hat, er sei zur Anzeige verpflichtet, oder wo er bei deren Unterlassung selbst mit Strafe bedroht ist. Nach dem Urtheil des Reichsgericht (IV. Zivilsenats) vom 17. Mai 1897 ist der Arzt auch berechtigt „unter Umständen den nächsten Verwandten aus Sorge um das Wohl der betreffenden Person" Mittheilung über sonst als Berufsgeheimniss anzusehende Wahrnehmungen zu machen; desgleichen dürfte ein unbefugtes Offenbaren nicht vorliegen, wenn die Mittheilung an betheiligte dritte Personen erfolgt, um diese vor Schaden zu bewahren, z. B. bei einer beabsichtigten Verheirathung mit einer Person, die nach Kenntniss des Arztes an Syphilis leidet u. s. w. Wie weit der Arzt in solchen Fällen sich zur Offenbarung von Berufsgeheimnissen für berechtigt hält, unterliegt lediglich seinem pflichtmässigen Ermessen; jedenfalls ist aber gerade hier die grösste Vorsicht nothwendig, wenn seine gute Absicht hinterher nicht mit einer Anklage wegen Verletzung des § 300 belohnt sein soll. Insonderheit muss sich ein Arzt vor unbefugter Herausgabe etwaiger in seinem Besitz befindlicher Briefe seiner Patienten oder von deren Angehörigen oder sonstiger zur Aufbewahrung oder Untersuchung übergebener Gegenstände u. s. w. hüten; denn auch hier steht ihm das Recht der Verweigerung nach § 95 der Str. Pr. O. zu.[1])

---

[1]) Der § 139 des Str.-G.-B. lautet: „Wer von dem Vorhaben eines Hochverraths, Landesverraths, Münzverbrechens, Mordes, Raubes, Menschenraubes oder eines gemeingefährlichen Verbrechens zu einer Zeit, in welcher die Verhütung des Verbrechens möglich ist, glaubhafte Kenntniss erhält und es unterlässt, hiervon der Behörde oder der durch das Verbrechen bedrohten Person zur rechten Zeit Anzeige zu machen, ist, wenn das Verbrechen oder ein strafbarer Versuch desselben begangen worden ist, mit Gefängniss zu bestrafen."

[1]) Der § 95 der Str.-Pr.-O. lautet:
„Wer einen Gegenstand der vorbezeichneten Art (d. h. der als Beweismittel für die Untersuchung von Bedeutung ist oder der Einziehung unterliegt) in seinem Gewahrsam hat, ist verpflichtet, denselben auf Erfordern vorzulegen oder auszuliefern.

Er kann im Falle der Verweigerung durch die im § 69 bestimmten Zwangsmittel hierzu angehalten werden. Gegen Personen, welche zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind, finden diese Zwangsmittel keine Anwendung."

Wegen unbefugter Verletzung des Berufsgeheimnisses kann übrigens ein Arzt auf Grund des §§ 823, 824 und 826 des B. G. B. wegen etwaiger Nachtheile, die dem Betheiligten daraus erwachsen, schadenersatzpflichtig gemacht werden; dieselben lauten:

„§ 823. Wer vorsätzlich oder fahrlässig ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet. Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstösst. Ist nach dem Inhalte des Gesetzes ein Verstoss gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein."

§ 824. Wer der Wahrheit zuwider eine Thatsache behauptet oder verbreitet, die geeignet ist, ... sonstige Nachtheile für den Erwerb oder Fortkommen eines anderen herbeizuführen, hat diesem den daraus entstehenden Schaden auch dann zu ersetzen, wenn er die Unwahrheit zwar nicht kennt, aber kennen muss.

§ 826. Wer in einer gegen die guten Sitten verstossenden Weise einem anderen vorsätzlich Schaden zufügt, ist dem anderen zum Ersatz des Schadens verpflichtet."

Die Verjährung eines solchen Anspruchs auf Ersatz des Schadens tritt nach § 852 B.-G.-B. ein

„in drei Jahren von dem Zeitpunkte an, in welchem der Verletzte von dem Schaden und der Person der Ersatzpflichtigen Kenntniss erlangt, ohne Rücksicht auf diese Kenntniss in 30 Jahren von der Begehung der Handlung an."

V. Ausstellung unrichtiger Gesundheitszeugnisse.

Der Arzt hat als Sachverständiger oder beamteter Arzt häufig schriftliche Gesundheitszeugnisse im Auftrage von Behörden sowohl, als von Privatpersonen, Lebensversicherungen u. s. w. auszustellen, deren Richtigkeit er weder vorher, noch nachher durch Eid bekräftigt. Lässt er sich hierbei eine Verfehlung zu Schulden kommen, so finden die nachstehenden Bestimmungen des Str. G. B. Anwendung, jedoch nur insoweit die Atteste zum Gebrauche von Behörden oder Versicherungsgesellschaften (Lebens-, Alters- Unfall- u. s. w. Versicherungen) bestimmt sind; ein Gebrauch zu anderen Zwecken bleibt straffrei, ausser wenn ein Arzt ein wider besseres Wissen von ihm ausgestelltes Attest einem anderen zum Zwecke des Betruges überlässt; in diesem Falle würde er sich der Beihülfe des Betruges schuldig machen.

„§ 278. Aerzte und andere approbirte Medizinalpersonen[1]), welche ein unrichtiges Zeugniss über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft[2]) wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Gefängniss von einem Monat bis zu zwei Jahren bestraft.

§ 279. Wer, um eine Behörde oder eine Versicherungsgesellschaft über seinen oder eines anderen Gesundheitszustand zu täuschen, von einem Zeugnisse der in den §§ 277 und 278 bezeichneten Art Gebrauch macht, wird mit Gefängniss bis zu einem Jahre bestraft.[3])

---

[1]) Zu anderen approbirten Medizinalpersonen gehören gemäss § 29 der Gewerbeordnung: Wundärzte, Augenärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte, aber nicht die Hebammen, da diese keine Approbation, sondern nur ein Zeugniss erhalten (Urtheil d. R.-Ger. [v. III. Str.-S.] am 27. März 1884). Kurpfuscher oder andere nicht approbirte Personen werden jedoch nach § 277 des Str.-G.-B. mit Gefängniss bis zu einem Jahre bestraft, „wenn sie unter der ihnen nicht zustehenden Bezeichnung als Arzt oder als eine andere approbirte Medizinalperson oder unberechtigt unter dem Namen solcher Personen ein Zeugniss über ihren oder eines anderen Gesundheitszustand ausstellen oder ein derartiges echtes Zeugniss verfälschen und davon zur Täuschung von Behörden der Versicherungsgesellschaften Gebrauch machen."

[2]) Es ergiebt sich hieraus die Nothwendigkeit, beim Ausstellen derartiger Zeugnisse stets Zweck und Behörde, der sie vorgelegt werden sollen, nicht nur festzustellen, sondern beides auch ausdrücklich in dem Atteste zu vermerken.

[3]) Zur Anwendung des § 279 genügt es, dass das zur Täuschung benutzte Gesundheitszeugniss einer approbirten Medizinalperson objektiv unrichtig ist; es ist nicht erforderlich, dass das Zeugniss von der Medizinalperson wider besseres Wissen ausgestellt ist (Urth. d. R.-G. [IV. Str.-S.] vom 10. Oktober 1899).

§ 280. Neben einer nach Vorschrift der §§ 277–279 erkannten Gefängnissstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden. [6])

Als Zeugnisse über den Gesundheitszustand eines Menschen sind nach dem Urth. des Reichsgericht (III. Str. S.) vom 21. September 1893

„nicht nur solche ärztliche Zeugnisse anzusehen, welche sich allgemein über das gesundheitliche Befinden eines bestimmten einzelnen Menschen aussprechen oder welche bei ihm das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer bestimmten Krankheit oder Krankheitserscheinung oder eines einzelnen Gebrechens und, soweit dies noch erforderlich erscheinen sollte, deren Einfluss auf das Gesammtbefinden dieses Menschen feststellen, sondern auch die Zeugnisse über die Existenz bestimmter sonstiger Vorkommnisse, Zustände oder Erscheinungen an dem Körper des einzelnen Menschen, die nach allgemein geltenden Lehren der Heilwissenschaft auf den Gesundheitszustand dieses Menschen mehr oder weniger Einfluss ausüben müssen oder doch können, seinen Gesundheitszustand entweder geradezu verändern oder wenigstens in der einen oder anderen Beziehung bedroht oder gefährdet erscheinen lassen.

Die Voraussetzung zur Bestrafung bildet, dass das Attest „wider bessres Wissen" ausgestellt ist; sein Inhalt muss also materiell unrichtig und der Arzt sich dieser Unrichtigkeit bei der Beurkundung bewusst gewesen sein. Es genügt aber zur Anwendung des § 278 schon, wenn der Arzt es versäumt hat, sich von der Richtigkeit seiner Beurkundungen ausdrücklich zu überzeugen, und das Zeugniss z. B. lediglich auf die Angaben des Untersuchten oder dessen Angehörigen ausgestellt hat. Nicht minder strafbar ist es, wenn ein Arzt das vor Monaten von ihm aufgenommene Untersuchungsergebniss als Unterlage für sein Gutachten über den augenblicklichen Gesundheitszustand einer Person benutzt, ohne die ausdrücklich in dem Zeugnisse zu bemerken und ohne die Person vorher nochmals zu untersuchen. Desgleichen ist ein Zeugniss als ein unrichtiges und wider besseres Wissen ausgestelltes zu erachten, wenn zwar der objektive Befund zutreffend angegeben ist, aber wissentlich falsche Folgerungen daraus geschlossen werden, z. B. Impfzeugnisse über angeblich erfolgreiche Impfungen (Urth. d. St. Gr. (III. Str. S.) vom 21. September 1893 und 29. September 1895).

Endlich kann ein Arzt ebenso wie bei Verletzung des Berufsgeheimnisses auch für den durch die wissentliche Ausstellung unrichtiger Zeugnisse, Behörden, Versicherungsgesellschaften u. s. w. etwa erwachsenen Schaden haftpflichtig gemacht werden. Als zutreffendes Beispiel hierfür verdient folgender zur gerichtlichen Entscheidung gekommener Fall erwähnt zu werden.

„Ein Arzt hatte bescheinigt, dass Jemand von einem bestimmten Termin und in Folge von Zuckerkrankheit dauernd arbeitsunfähig gewesen sei, obwohl

[6]) Auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte kann nach § 32 des Str.-G.-B. nur bei einer Strafe über 3 Monate erkannt werden.

ihm bekannt war, dass durch die Krankheit bedingte Arbeitsunfähigkeit schon vier Monate vorher bestanden hatte. Auf Grund dieses Attestes wurde dem Betreffenden eine Invalidenrente zugebilligt; als später aber der wahre Sachverhalt festgestellt wurde, verklagte der Vorstand der Alters- und Invalidenversicherungsanstalt den Arzt auf Schadenersatz, weil bei dem früheren Eintritt der Arbeitsunfähigkeit wegen Mangels der erforderlichen Beitragswochen eine Rente nicht habe beansprucht werden können und diese daher zu Unrecht und zwar lediglich in Folge des unrichtig ausgestellten Attestes gewährt sei. Der betreffende Arzt wurde auch von der 16. Zivilkammer des Königl. Landgerichts in Berlin durch Urtheil vom 6. Februar 1894 für den Schaden auf Grund der Bestimmungen des allgemeinen Landrechtes (I. Theil, 6. Tit. § 12—28) für haftbar erklärt: „da es die Pflicht des Arztes, der um ein Attest gebeten wird, sei, sich genau zu erkundigen, welchem Zwecke es dienen soll, und in dem Atteste hervorzuheben, dass die Erwerbsunfähigkeit bereits früher eingetreten sei. Indem er dies unterlassen habe, treffe ihn der Vorwurf eines mässigen Versehens; er müsse demgemäss für den durch dieses verursachten Schaden haften."

Massgebend hierfür sind jetzt die Bestimmungen des §§ 823, 824 und 826 des B. G. B. (s. S. 43). Danach kann ein Arzt auch von einer Privatperson auf Schadenersatz verklagt werden, wenn er sich in einem nicht zum Gebrauche bei Behörden dienenden und deshalb nicht unter § 279 des Str. G. B. fallenden Zeugnisse einer bewussten Unwahrheit schuldig macht und jene dadurch geschädigt ist, z. B. in Folge dessen eine Stelle nicht erhalten hat.

Zweiter Theil.

Gerichtliche Medizin.

Bearbeitet

von

Privatdozent Dr. Puppe,

dirigirender Arzt des Untersuchungsgefängnisses in Berlin.

Allgemeiner Theil.

I. Einleitung.

Die gerichtliche Medizin lehrt die Verwerthung und Bearbeitung medizinischer Thatsachen für die Zwecke der Rechtspflege und Gesetzgebung. Sie ist also ein Theil der Medizin, welcher in sich abgeschlossen ist und Gebiete in sich begreift, die anderen Disziplinen der Medizin nicht inne wohnen; sie hat zwar gewisse Berührungspunkte mit ihnen, aber im Wesentlichen ist sie eigenartig in inhaltlicher wie in formaler Beziehung. Was zunächst den Inhalt anbetrifft, so lehrt sie einmal die Prüfung des Gesundheitszustandes unter Bezugnahme auf ganz bestimmte zivilrechtliche und strafrechtliche Verhältnisse, sodann lehrt sie die Feststellung des Todes und der Todesart, insbesondere des gewaltsamen Todes, drittens zeigt sie die verschiedenen Erscheinungsformen des Sexuallebens in ihren Beziehungen zu bürgerlichem und Strafrecht und endlich lehrt sie die forensische Beurtheilung krankhafter Geisteszustände. Jeder dieser grossen Abschnitte umfasst neben Gebieten, welche wenn auch nur theilweise der gerichtlichen Medizin mit anderen medizinischen Disziplinen gemeinsam sind, solche, die ausschliesslich eine Domäne der gerichtlichen Medizin sind. Fragen, wie die Erkennung anscheinend unkenntlicher Spuren von Verbrechen, wie Blutspuren, die Bestimmung der Zeit des Todes, die Fäulnissvorgänge unter verschiedenen Bedingungen, die strafrechtliche Beurtheilung von Verletzungen, die Lehre vom Erhängen, Erwürgen, Ertrinken, Sturz, Schlag u. s. w., vom abnormen Geschlechtstrieb, von der Fruchtabtreibung, von der Haft- und Terminfähigkeit u. s. w. sind wie noch viele andere ausschliessliches Eigenthum der gerichtlichen Medizin.

Ebenso wie inhaltlich der Gegenstand ein besonderer ist, so ist er es auch in formaler Beziehung. Die Verwerthung medizinischer Kenntnisse kann wie bereits in dem vorhergehenden Abschnitt betont ist, dem Richter nur förderlich sein, wenn sie unter Bezugnahme auf die bestehen-

den gesetzlichen Bestimmungen erfolgt, wenn sie gesetzlich festgelegte Begriffe aufsucht und gesetzlich festgelegte Fragen beantwortet. Medizinische Kenntnisse allein machen den Arzt darum noch lange nicht zum Gerichtsarzt, es ist vielmehr erforderlich, dass derselbe auch die Kenntniss der in Betracht kommenden formalen Bestimmungen besitzt.

Erforderlich ist für den Gerichtsarzt weiter, dass er die gerichtsärztliche Technik gründlich beherrscht. In Betracht kommt hier neben der allgemeinen Untersuchungs-Technik überhaupt die Sektions-Technik mit ihren minutiösen Details und die mikroskopische Technik (pathologisch-anatomischen Diagnostik, Nachweis von Blut und Sperma in verdächtigen Flecken, Spektroskopie, Haaruntersuchungen). Auch die Betrachtung der Methoden der gerichtsärztlichen mikroskopischen Technik zeigt wiederum die Eigenartigkeit der gerichtlichen Medizin.

II. Gerichtsärztliche Technik.

A. Sektionstechnik. Ermittelung der Umstände des Falles. Mikroskopische und spektroskopische Untersuchungen. Sektionsprotokoll. Vorläufiges Gutachten. Obduktionsbericht.

Betreffs der gesetzlichen Bestimmungen über die Vornahme von gerichtlichen Leichenöffnungen (§§ 87—91 u. § 157 der Str.-Pr.-O.) wird auf den allgemeinen Theil des Werkes (s. S. 22 u. 34) verwiesen. Massgebend für die Vornahme derartiger Sektionen ist in Preussen das **Regulativ** vom $\frac{6. \text{ Januar}}{13. \text{ Februar}}$ **1875** über das **Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen,** das folgenden Wortlaut hat:

I. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Die gerichtliche Untersuchung einer menschlichen Leiche (Obduktion) darf nach den bestehenden Gesetzen nur von zwei Aerzten, in der Regel einem Physikus (Gerichtsarzt) und einem Gerichts- (Kreis-) Wundarzt, im Beisein eines Richters vorgenommen werden.[1])

Die Obduzenten haben die Pflichten gerichtlicher Sachverständiger.

Wenn über die technische Ausführung der Obduktion Zweifel entstehen, so entscheidet der Physikus oder dessen Vertreter, vorbehaltlich der Befugniss des anderen Arztes, seine abweichende Ansicht zu Protokoll zu geben.[2])

§ 2. Der Physikus (Gerichtsarzt) und der Gerichts- (Kreis-) Wundarzt sind nur in den gesetzlichen Behinderungsfällen berechtigt, sich durch einen anderen Arzt vertreten zu lassen. Als Vertreter ist, wenn möglich, ein pro physicatu geprüfter Arzt zu wählen.[3])

---

[1]) Vergleiche hierüber: Virchow: Die Sektionstechnik im Leichenschauhause des Charité-Krankenhauses. Berlin 1884. Verlag von Aug. Hirschwald; ferner Nauwerk: Sektionstechnik; Jena 1899; Verlag von G. Fischer.

[2]) Ein Obduzent handelt verkehrt, wenn er sich etwa bei dem aufsichtsführenden Richter die Erlaubniss erbittet, Abweichungen vom Regulativ vornehmen zu dürfen. Der Richter hat nicht das Recht, Abweichungen zu gestatten, sondern der Obduzent sezirt, wie er es für Recht befindet, unter zu Grundelegung der Vorschriften des Regulativs; erscheinen ihm Abweichungen nothwendig, so vermerkt er sie im Protokoll.

[3]) Betreffs Heranziehung von Medizinalbeamten und Privatärzten zu gerichtlichen Sektionen vergl. Anm. 2 auf S. 22.

Bei der Sektion trägt in der Regel der zuständige Physikus (Gerichtsarzt) gemäss § 27 des Regulativs für die richtige Aufnahme des Befundes in die Obduktionsverhandlung Sorge, während der zweite Obduzent die Obduktion ausführt; jedoch steht einer anderen Vereinbarung

§ 3. Obduktionen dürfen in der Regel nicht vor Ablauf von 24 Stunden nach dem Tode vorgenommen werden. Die blosse Besichtigung einer Leiche kann früher geschehen.

Wegen vorhandener Fäulniss dürfen Obduktionen in der Regel nicht unterlassen und von den gerichtlichen Aerzten nicht abgelehnt werden. Denn selbst bei einem hohen Grade der Fäulniss können Abnormitäten und Verletzungen der Knochen noch ermittelt, manche, die noch zweifelhaft gebliebene Identität der Leiche betreffende Momente, z. B. Farbe und Beschaffenheit der Haare, Mangel von Gliedmassen u. s. w., festgestellt, eingedrungene fremde Körper aufgefunden, Schwangerschaften entdeckt und Vergiftungen noch nachgewiesen werden. Es haben deshalb auch die Aerzte, wenn es sich zur Ermittelung derartiger Momente um die Wiederausgrabung einer Leiche handelt, für dieselbe zu stimmen, ohne Rücksicht auf die seit dem Tode verstrichene Zeit.

§ 5. Die Gerichtsärzte[1]) haben dafür zu sorgen, dass zur Verrichtung der ihnen obliegenden Obduktionen folgende Sektions-Instrumente in guter Beschaffenheit zur Stelle sind:

4 bis 6 Skalpelle, davon 2 feinere mit gerader und 2 stärkere mit bauchiger Schneide,
1 Scheermesser,
2 starke Knorpelmesser,
2 Pincetten,
2 Doppelhaken,
2 Scheeren, eine stärkere, deren einer Arm stumpf, der andere spitzig ist, und eine feinere, deren einer Arm geknöpft, der andere spitzig ist,
1 Darmscheere,
1 Tubulus mit drehbarem Verschluss,
1 grobe und 2 feine Sonden,
1 Säge,
1 Meissel und 1 Schlägel,
1 Knochenscheere,
6 krumme Nadeln von verschiedener Grösse,
1 Tasterzirkel,
1 Meterstab mit Eintheilung in Zentimeter und Millimeter,
1 Waage mit Gewichtsstücken bis zu 10 Pfund,
1 gute Lupe,
blaues und rothes Reagenzpapier.

Die schneidenden Instrumente müssen vollständig scharf sein. Auch ist den Obduzenten zu empfehlen, dass sie ein Mikroskop mit zwei Objektiven

---

zwischen den beiden Obduzenten in Bezug auf die Arbeitstheilung nichts entgegen. Es ist z. B. durchaus zulässig und zweckmässig, wenn der Obduzent auch gleichzeitig das Protokoll diktirt, da er so weniger Gefahr läuft, etwas zu übersehen oder zu Protokoll zu geben als wenn er blos zusieht. Keinesfalls ist aber der erste Obduzent berechtigt, die Vornahme der Sektion selbst zu verweigern, wenn nach seiner Ansicht der zweite Obduzent unfähig oder durch besondere Umstände (z. B. zugezogene Verletzung u. s. w.) verhindert sein sollte; er würde sonst Bestrafung gemäss § 77 der Str.-Pr.-O. (s. S 17) zu erwarten haben (s. Anm. 2 auf S. 22, auch betreffs der weiteren Frage, ob und inwieweit Privatärzte die Vornahme von gerichtlichen Sektionen ablehnen können).

[1]) Beide Obduzenten sind nach dem R.-Erl. vom 22. März 1881 für die Mitnahme der erforderlichen Instrumente verantwortlich, nicht blos der zweite Obduzent.

und mindestens 400maliger Vergrösserung, sowie mit den zum Präpariren erforderlichen Instrumenten, Gläsern und Reagentien in Bereitschaft halten.[1])

§ 6. Behufs der Obduktion ist für Beschaffung eines hinreichend geräumigen und hellen Lokals, angemessene Lagerung der Leiche und Entfernung störender Umgebungen möglichst zu sorgen.[2]) Obduktionen bei künstlichem Lichte sind, einzelne, keinen Aufschub gestattende Fälle ausgenommen, unzulässig. Eine solche Ausnahme ist im Protokoll (§ 27) unter Anführung der Gründe ausdrücklich zu erwähnen.

§ 7. Ist die Leiche gefroren, so ist sie in ein geheiztes Lokal zu bringen, und es ist mit der Obduktion zu warten, bis die Leiche genügend aufgethaut ist. Die Anwendung von warmem Wasser oder von anderen warmen Gegenständen zur Beschleunigung des Aufthauens ist unzulässig.[3])

§ 8. Bei allen mit der Leiche vorzunehmenden Bewegungen, namentlich bei dem Transport derselben von einer Stelle zur anderen, ist thunlichst darauf zu achten, dass kein zu starker Druck auf einzelne Theile ausgeübt und dass die Horizontallage der grösseren Höhlen nicht erheblich verändert werde.

---

[1]) Unentbehrlich bei einer Sektion sind ausserdem: ein grosser Schwamm, ein geeignetes Schöpfgefäss, 2 kleinere reine Pulvergläser mit Stöpseln zum Mitnehmen von Leichentheilen für etwaige mikroskopische Untersuchungen (s. § 11 des Regulativs) und Hanfzwirn; ferner: Schürze (mit Aermeln), Seife, Nagelbürste und Angerers Sublimatpastillen; auch die Mitnahme von etwas Eau de Cologne und Jodoformkollodium nebst Fingerhüten aus Kautschuk empfiehlt sich. Handelt es sich voraussichtlich um einen Vergiftungsfall, so ist für geeignete reine Gläser (8 mit weitem Hals zu 3–500 gr.) mit Stöpseln, Bindfaden und Pergamentpapier Sorge zu tragen.

[2]) Zur Beschaffung eines geeigneten Obduktionsraumes sind nach dem Erl. d. Min. d. Inn. vom 23. November 1890 – II No. 14310 — die Ortspolizeibehörden verpflichtet: „... Hülfeleistungen der in Rede stehenden Art fallen in den Bereich der allgemeinen, im § 10 Tit. 17, Th. II. A. L. R. zusammengefassten Aufgaben des Wohlfahrts- und Sicherheitsgesetzes, da es im Interesse der Wohlfahrt sowohl, wie der Sicherheit des Publikums liegt, dass der Vollzug der Obduktionen ungestört und ordnungsmässig vor sich gehe, damit ihr Zweck, die Feststellung der Todesursachen mit den wichtigen, von dieser Feststellung oft abhängigen Folgen für das Gemeinwohl vollständig erreicht werde. Hierzu kommt, dass die Justizbeamten vielfach und besonders auf dem platten Lande, auf eine Mitwirkung der Ortspolizeibehörden in der vorher erwähnten Beziehung angewiesen sind. Denn in zahlreichen Dörfern fehlt es gewöhnlich an öffentlichen Lokalen, die zur Ausführung von Leichenöffnungen benutzt werden könnten, während viele Einwohner, welche sich im Besitze etwa geeigneter Räumlichkeiten befinden, deren Hergabe nicht selten verweigern..... Die Ortspolizeibehörden des dritten Bezirkes sind daher mit der Weisung zu versehen, dass sie den an sie ergehenden Ersuchen der zuständigen Justizbeamten von Beschaffung eines geeigneten Obduktionslokals unverzüglich Folge leisten. Die durch die Beschaffung entstehenden Kosten fallen dem Justizfonds zur Last.

[3]) Betreffs der Aufthauung gefrorener Leichen hat der Justizminister im Einverständniss mit dem Minister des Innern durch Erlass vom 13. April 1899 bestimmt:

„Der Richter hat bei Anberaumung des Termins zur Leichenöffnung, falls nach den augenblicklichen Temperaturverhältnissen und den sonstigen Umständen des Falles die Besorgniss vorliegt, dass die Leiche sich im Gerichts-Termin in gefrorenem Zustande befinden wird, an die Ortspolizeibehörde das Ersuchen zu richten, die Leiche so lange in einem auf 20° C. erwärmten Raum aufzubewahren, dass sie bis zu dem Termin aufgethaut ist. Der Zeitraum ist auf mindestens 12 Stunden zu bemessen; bei starkem Gefrorensein der Leiche aber entsprechend, nöthigenfalls bis auf 24 Stunden zu verlängern ... Die Kosten der Massnahme trägt der Justizfiskus.

II. Verfahren bei der Obduktion.

§ 9. Beim Erheben der Leichenbefunde müssen die Obduzenten überall den richterlichen Zweck der Leichenuntersuchungen im Auge behalten und Alles, was diesem Zwecke dient, mit Genauigkeit und Vollständigkeit untersuchen.

Alle erheblichen Befunde müssen, bevor sie in das Protokoll aufgenommen, dem Richter von den Obduzenten vorgezeigt werden.

§ 10. Die Obduzenten sind verpflichtet, in den Fällen, in denen ihnen dies erforderlich erscheint, den Richter rechtzeitig zu ersuchen, dass vor der Obduktion der Ort, wo die Leiche gefunden worden, in Augenschein genommen, die Lage, in welcher sie gefunden, ermittelt und ihnen Gelegenheit gegeben werde, die Kleidungsstücke, welche der Verstorbene bei seinem Auffinden getragen, zu besichtigen.

In der Regel wird es indess genügen, dass sie ein hierauf gerichtetes Ersuchen des Richters abwarten.

Sie sind verpflichtet, auch über andere, für die Obduktion und das abzulegende Gutachten erhebliche, etwa schon ermittelte Umstände sich von dem Richter Aufschluss zu erbitten.

§ 11. In allen Fällen, in denen es zur schnellen und sicheren Entscheidung eines zweifelhaften Befundes, z. B. zur Unterscheidung von Blut und von blos gefärbten (hämatinhaltigen) Flüssigkeiten, erforderlich ist, eine mikroskopische Untersuchung vorzunehmen, ist diese sofort bei der Obduktion zu veranstalten.

Wenn die äusseren Umstände dies unmöglich machen oder schwierige mikroskopische Untersuchungen, z. B. von Gewebstheilen der Leiche, nöthig sind, welche sich nicht sofort ausführen lassen, so sind die betreffenden Theile zurückzulegen, unter gerichtliche Obhut zu nehmen und so schnell als möglich einer nachträglichen Untersuchung zu unterwerfen.[1])

In dem darüber zu erstattenden Berichte ist die Zeit, zu welcher diese nachträgliche Untersuchung vorgenommen wurde, genau anzugeben.

§ 12. Die Obduktion zerfällt in zwei Haupttheile.[2])

A. Aeussere Besichtigung (Inspektion),

B. Innere Besichtigung (Sektion).

§ 13. Bei der **äusseren Besichtigung** ist die äussere Beschaffenheit des Körpers im Allgemeinen und die seiner einzelnen Abschnitte zu untersuchen.

Demgemäss sind, betreffend den Körper im Allgemeinen, soweit die Besichtigung solches ermöglicht, zu ermitteln und anzugeben:

---

[1]) Bei auswärtigen Obduktionen, namentlich auf dem platten Lande, werden die Obduzenten meist nicht in der Lage sein, sofort an Ort und Stelle mikroskopische Untersuchungen mit der nöthigen Ruhe und Sorgfalt vorzunehmen.

[2]) Ob im Einzelfalle von der inneren Besichtigung einer Leiche Abstand genommen werden kann, hat lediglich der Richter zu entscheiden. Zulässig dürfte das nur sein, wenn über die Todesursache auf Grund der äusseren Besichtigung und der sonstigen Beweismittel kein Zweifel besteht, z. B. wenn durch dasselbe Ereigniss mehrere Personen den Tod gefunden haben und die Todesursache durch die Sektion von einer oder zwei Leichen zweifellos ermittelt ist.

1. Alter, Geschlecht, Grösse, Körperbau, allgemeiner Ernährungszustand[1]), etwa vorhandene Krankheitsresiduen, z. B. sogenannte Fussgeschwüre, besondere Abnormitäten (z. B. Mäler, Narben, Tätowirungen, Ueberzahl oder Mangel an Gliedmassen),[2])
2. die Zeichen des Todes und die der etwa schon eingetretenen Verwesung.

Zu diesem Behuf müssen, nachdem etwaige Besudelungen der Leiche mit Blut, Koth, Schmutz und dergleichen durch Abwaschen beseitigt worden, ermittelt werden: die vorhandene oder nicht vorhandene Leichenstarre[3]), die allgemeine Hautfarbe der Leiche, die Art und die Grade der etwaigen Färbungen und Verfärbungen einzelner Theile derselben durch die Verwesung, sowie die Farbe, Lage und Ausdehnung der Todtenflecke, welche einzuschneiden[4]), genau zu untersuchen und zu beschreiben sind, um eine Verwechselung derselben mit Blutaustretungen zu vermeiden[5]).

Betreffend die einzelnen Theile ist Folgendes festzustellen:

1. Bei Leichen unbekannter Personen[6]) die Farbe und sonstige Beschaffenheit der Haare[6]) (Kopf und Bart), sowie die Farbe der Augen[7]),
2. das etwaige Vorhandensein von fremden Gegenständen in den natürlichen Oeffnungen des Kopfes, die Beschaffenheit der Zahnreihen und die Beschaffenheit und Lage der Zunge[8]).
3. Demnächst sind zu untersuchen: der Hals[9]), dann die Brust[10]), der

---

[1]) Massgebend für den allgemeinen Ernährungszustand sind Muskulatur und Fettpolster der Leiche.

[2]) Eine genauere Beschreibung derartiger Abnormitäten ist besonders bei unbekannten Leichen erforderlich; hier ist auch auf die Beschaffenheit der Ohrläppchen u. s. w. zu achten.

[3]) Die Prüfung der Leichenstarre beginnt in zweckmässiger Weise am Unterkiefer, sie erstreckt sich sodann auf die oberen und schliesslich auf die unteren Gliedmassen.

[4]) Ein Einschnitt in die Todtenflecke ist nie zu unterlassen.

[5]) Festzustellen ist auch, ob und in welchem Grade Verwesungsgeruch vorhanden ist.

[6]) Ausser der Farbe der Haare ist bei unbekannten Leichen auch die Länge und die Dichtigkeit der Haare festzustellen.

[7]) Bei den Augen sind zuerst die Augenlider zu untersuchen, ob sie offen oder geschlossen sind, dann die Beschaffenheit der Augenbindehaut (Farbe, Blutaustretungen), des Augapfels und die Pupillen (Weite); bei Leichen unbekannter Personen ist stets die Farbe der Regenbogenhaut und der Augenbraunen anzugeben.

[8]) Bei der Lage der Zungenspitze ist festzustellen, ob sie sich zwischen den Lippen oder zwischen den Zähnen oder hinter denselben befindet.

[9]) Bei der Untersuchung des Halses ist auf abnorme Beweglichkeit, natürliche Hautfalten, Strangulationsmarken u. s. w. zu achten, desgleichen auf die Bildung des Halses, ob er lang und schmal oder kurz und dick ist.

[10]) Untersuchung der Brust: Hier kommt u. a. in Betracht die Wölbung des Brustkastens (ob die tiefen und breiten Durchmesser einander ganz oder annähernd gleichen) die Beschaffenheit des Oberbauchwinkels, der bei Emphysematikern häufig stumpf, bei Schwindsüchtigen gewöhnlich spitz ist, Weite der Zwischenrippenräume u. s. w. Bei weiblichen Leichen ist die Beschaffenheit der Brustdrüsen, Farbe der Warzenhöfe u. s. w. anzugeben.

Unterleib,[1]), die Rückenfläche, der After[2]), die äusseren Geschlechtstheile[3]) und endlich die Glieder[4]).

Findet sich an irgend einem Theile eine Verletzung, so ist ihre Gestalt, ihre Lage und Richtung mit Beziehung auf feste Punkte des Körpers, ferner ihre Länge und Breite in Metermaass anzugeben. Das Sondiren von Trennungen des Zusammenhanges ist bei der äusseren Besichtigung in der Regel zu vermeiden, da sich die Tiefe derselben bei der inneren Besichtigung des Körpers und der verletzten Stellen ergiebt. Halten die Obduzenten die Einführung der Sonde für erforderlich, so ist dieselbe mit Vorsicht zu bewirken und haben sie die Gründe für ihr Verfahren im Protokoll (§ 27) besonders anzugeben.

Bei vorgefundenen Wunden ist ferner die Beschaffenheit ihrer Ränder und Umgebungen festzustellen und nach erfolgter Untersuchung und Beschreibung der Wunde in ihrem ursprünglichen Zustande dieselbe zu erweitern, um die innere Beschaffenheit ihrer Ränder und ihres Grundes zu prüfen.

Bei Verletzungen und Beschädigungen der Leiche, die unzweifelhaft einen nicht mit dem Tode in Zusammenhang stehenden Ursprung haben, z. B. bei Merkmalen von Rettungsversuchen, Zernagungen von Thieren und dergleichen, genügt eine summarische Beschreibung dieser Befunde.

§ 14. Behufs der **inneren Besichtigung** sind die drei Haupthöhlen des Körpers: Kopf-, Brust- und Bauchhöhle zu öffnen[5]).

In allen Fällen, in welchen von der Oeffnung der Wirbelsäule oder einzelner Gelenkhöhlen irgend erhebliche Befunde erwartet werden können, ist dieselbe nicht zu unterlassen.

Besteht ein bestimmter Verdacht in Bezug auf die Ursache des Todes, so ist mit derjenigen Höhle zu beginnen, in welcher sich die hauptsächlichen Veränderungen vermuthen lassen; andernfalls ist zuerst die Kopf-, dann die Brust- und zuletzt die Bauchhöhle zu öffnen[6]).

In jeder der genannten Höhlen sind zuerst die Lage der in ihr befindlichen Organe, sodann die Farbe und Beschaffenheit der Oberflächen, ferner ein etwa vorhandener ungehöriger Inhalt, namentlich fremde Körper, Gas, Flüssigkeiten oder Gerinnsel und zwar in den letzteren beiden Fällen nach Maass, beziehungsweise Gewicht zu bestimmen und endlich ist jedes einzelne Organ äusserlich und innerlich zu untersuchen.

§ 15. Die Oeffnung der **Kopfhöhle** geschieht, wenn nicht etwa Verletzungen, die soviel als möglich mit dem Messer umgangen werden müssen, ein anderes Verfahren gebieten, mittels eines von einem Ohr zum andern mitten über den Scheitel hin geführten Schnittes, worauf zunächst die weichen Kopfbedeckungen nach vorn und hinten abgezogen werden.

---

[1]) Beim Unterleib ist festzustellen, ob er eingesunken, flach oder aufgetrieben ist; bei weiblichen Leichen: ob Schwangerschaftsnarben vorhanden sind, die Gegend der weissen Linie pigmentirt ist u. s. w.

[2]) Betreffs des Afters hat die Besichtigung festzustellen, ob er unversehrt, geschlossen oder offen ist, ferner ob Koth oder sonstige fremde Körper in ihm bezw. in seiner Umgebung sind.

[3]) Bei den männlichen Geschlechtstheilen ist zu ermitteln, ob die Vorhaut die Eichel bedeckt oder nicht, ob in der Harnröhrenmündung sich Flüssigkeit vorfindet und welcher Art, ferner ob beide Hoden im Hodensack enthalten sind u. s. w. Bei den weiblichen Genitalien ist zu untersuchen, ob der Scheideneingang geschlossen ist oder klafft, ob der Hymen vorhanden ist, eventuell ob und welche Reste davon zu beobachten sind.

[4]) Die Untersuchung der oberen und unteren Glieder hat sich besonders auf etwaige Verletzungen, Narben, Pigmentirungen zu erstrecken.

[5]) Es sind stets, wie bereits früher (s. S. 23 Anm. 3) erwähnt ist, sämmtliche Höhlen zu öffnen, auch wenn die Todesursache bei der Oeffnung der ersten oder zweiten Höhle scheinbar gefunden ist.

[6]) Betreffs des Verfahrens bei Neugeborenen s. §§ 23—24.

Nachdem alsdann die Beschaffenheit der Weichtheile und die Oberfläche der knöchernen Schädeldecke geprüft worden[1]), wird letztere durch einen Sägen-Kreisschnitt getrennt[2]), abgenommen und sowohl die Schnittfläche und die Innenfläche, als auch die sonstige Beschaffenheit des Schädeldaches festgestellt[3]).

Hierauf wird die äussere Oberfläche der harten Hirnhaut untersucht[4]), der obere lange Blutleiter geöffnet und sein Inhalt bestimmt, sodann die harte Hirnhaut zuerst auf einer Seite getrennt, zurückgeschlagen und sowohl die innere Oberfläche derselben[5]), als auch die Beschaffenheit der vorliegenden Abschnitte der weichen Hirnhaut[6]) untersucht.

---

[1]) Bei dieser Prüfung der weichen Kopfbedeckungen ist besonders darauf zu achten, ob und wo sich freiergossenes Blut im Innern derselben findet, d. h. ob unter der Haut oder unter der Sehnenscheibe oder oberhalb oder unterhalb der Knochenhaut.

[2]) Die Durchsägung des Schädeldaches wird in der Höhe des Stirn- und Hinterhaupthöckers vorgenommen, wobei man sich das Schädeldach am besten mit einem Schwamm oder Handtuch mittelst der linken Hand fixirt. Die Abhebung des Daches erfolgt schliesslich unter Benutzung eines Meissels. Ist die harte Hirnhaut jedoch so fest mit dem Schädel verwachsen, dass ein Abheben des Daches unmöglich ist, so thut man gut, in solchen Fällen entsprechend der Knochensägefläche alsbald die harte Hirnhaut zu durchtrennen und nach kunstgerechter Abtragung der Hirnsichel Schädeldach nebst harter Hirnhaut vom Gehirn abzuheben. Häufig gelingt dann noch eine Ablösung der harten Hirnhaut, andernfalls ist die Untersuchung so gut als es geht vorzunehmen und eventuell der Längsblutleiter von innen her zu eröffnen. Zuweilen wird sich bei festen Verwachsungen zwischen harter Hirnhaut und Schädeldach auch empfehlen, nach Abtragung der Hirnsichel das Gehirn sofort aus der Schädelhöhle zu entfernen, während es noch in jener und dem Schädeldache eingebettet ist, und erst nach der Hinausnahme eine Trennung der Theile zu bewerkstelligen. Die für alle Fälle nothwendige Abtragung der Hirnsichel wird übrigens folgendermassen vorgenommen: Man geht von vorn her mit dem parallel zur Falx gehaltenen Messer in die Tiefe zwischen beide Hemisphären bis in die Gegend des Hahnenkammes, wendet dann das Messer um 90°, so dass die Schneide gegen die Falx gerichtet ist und durchtrennt diese durch einen leichten Druck. Man kann nunmehr die harte Hirnhaut, gleichgültig ob mit oder ohne Schädeldach, leicht nach hinten ziehen und so das mit der Pia bedeckte Gehirn freilegen.

[3]) Bei der Betrachtung des Schädeldaches ist die Farbe der Marksubstanz (Diploe), die Dicke des Schädeldaches an seiner dicksten und dünnsten Stelle, seine grösste Länge und Breite festzustellen. Der Längsdurchmesser des Schädeldaches beträgt im Allgemeinen 18 cm, der Breitendurchmesser 13,5—15,5 cm. Die Dicke des Schädeldaches an der Sägefläche beträgt im Allgemeinen 0,6 cm; entsprechend dem Hinterhaupthöcker ist sie häufig 1,0—1,5 cm, an der Schuppe der Schläfenbeine dagegen zuweilen nur 0,1 cm. Es wird hierauf gegen das Licht gehalten und auf etwaige transparente, dünnere Stellen geprüft; endlich wird seine Innenfläche betrachtet, ob glatt oder uneben, ob Theile der harten Hirnhaut haften, ob Furchen für die Schlagadern der harten Hirnhaut vorhanden sind und welche Beschaffenheit sie haben.

[4]) Die Untersuchung der äusseren Oberfläche der harten Hirnhaut hat zu ermitteln: Glanz, Farbe, Beschaffenheit (ob glatt, fetzig u. s. w.), Transparenz und Grad der Spannung, letztere dadurch, dass man mit einer Pincette in der Stirngegend eine Falte zu erheben sucht. Ferner ist das Verhalten der Schlagadern der harten Hirnhaut zu prüfen, ob sie leer oder bis zur vollen bezw. halben Rundung gefüllt sind.

[5]) Die Abtrennung der harten Hirnhaut geschieht am besten längs der Sägefläche mit nach oben gehaltener Messerklinge; kleine Verletzungen des Gehirns, die hierbei zu Stande kommen können, sind unwesentlich. Durch die nun folgende Prüfung der Innenfläche ist festzustellen, ob diese feucht, glatt und glänzend ist, welche Farbe sie hat, ob sich in ihr viele Gefässverästelungen oder gar Blutaustretungen, die für chronische Entzündungen sprechen, nachweisen lassen.

[6]) Auch bei der Betrachtung der weichen Hirnhaut wird zunächst ermittelt, ob die Oberfläche feucht, ob sie glatt und glänzend ist, ferner ob sie

Nachdem dasselbe auch auf der anderen Seite geschehen ist, wird das Gehirn kunstgerecht herausgenommen[1]), wobei sofort auf die Anwesenheit eines ungehörigen Inhalts am Schädelgrunde zu achten und die Beschaffenheit sowohl der harten[2]) als auch der weichen Hirnhaut am Grunde und an den Seitentheilen zu ermitteln[3]), auch das Verhalten der grösseren Arterien festzustellen ist.

Nachdem auch die queren und, falls ein Grund dazu vorliegt, die übrigen Blutleiter geöffnet sind, und ihr Inhalt bestimmt worden ist, wird die Grösse und Gestalt des Gehirns[4]) ermittelt und endlich durch eine Reihe geordneter Schnitte die Untersuchung der einzelnen Hirntheile, namentlich der Grosshirnhemisphären, der grossen Ganglien (Seh- und Streifenhügel), der Vierhügel, des Kleinhirns, des Gehirnknotens und des verlängerten Markes vorge-

---

durchsichtig ist, sowie ob etwa eitriger Inhalt oder bindegewebige faserige Bildungen die Maschen des Gewebes der weichen Hirnhaut ausfüllen oder endlich, ob wässerige Flüssigkeit die einzelnen Gewebselemente auseinanderdrängt. Die Blutadern der weichen Hirnhaut, die in den oberen Abschnitten der Gehirnfurchen verlaufen, werden sodann bezüglich ihres Blutgehaltes näher geprüft, namentlich wird festgestellt, ob eine Füllung derselben bis in die feinsten Verzweigungen oder nur bis in die mittleren Verzweigungen vorhanden ist, oder aber, ob etwa nur die Hauptäste oder auch diese nicht einmal von Blut erfüllt sind. Gewöhnlich wird sich hierbei eine Differenz in dem Sinne ergeben, dass die hinteren Abschnitte der weichen Hirnhaut stärker gefüllte Blutadern aufweisen als die vorderen Partien, ein Verhalten, das durch die Hypostase genügend erklärt wird.

[1]) Bei der Herausnahme des Gehirns ist noch ganz besonders darauf zu achten, dass Zerrungen vermieden werden: man hat daher nach Trennung des Kleinhirnzeltes mit der linken Hand die Hirnwölbung zu umfassen und dadurch das Organ vor Zerrungen zu behüten, die sonst sehr leicht, namentlich in der Gegend der Brücke und der Hirnschenkel eintreten können.

[2]) Die Untersuchung der harten Hirnhaut an der Schädelgrundfläche hat nach denselben Grundsätzen, wie vorher in Anmerkung 2 u. 3 (S. 57) angegeben, zu erfolgen. Sie wird am zweckmässigsten gleich mit der Eröffnung der übrigen Blutleiter verbunden, und zwar sind ausser den queren Blutleitern auch die Felsenbeinblutleiter und die um den Türkensattel gelegenen (Sinus cavernosi) einzuschneiden und auf ihren Inhalt, insbesondere auf etwaige Gerinnungen zu prüfen.

[3]) Für die Prüfung der weichen Hirnhaut an der unteren Fläche des Gehirns sind die in Anmerkung 6, S. 57 angegebenen Gesichtspunkte ebenfalls massgebend. Besonderer Werth ist auf die Ermittelung ihres Verhaltens in der Gegend der Sehnerven-Kreuzung (wegen etwaiger sulziger Verdickungen) und in den Sylvischen Gruben zu legen. Dieselben sind wenn möglich stumpf zu eröffnen und bezüglich etwaiger Veränderungen genau abzusuchen; sind die Flächen der weichen Hirnhaut hier mit einander verklebt oder nicht leicht stumpf von einander zu trennen, so wird, indem man die Schläfenlappen vorsichtig mit der linken Hand anzieht, durch seichte Messerschnitte die Eröffnung der Gruben vorgenommen. Es folgt hieran gleich die Prüfung des Verhaltens der Schlagadern des Schädelgrundes; einmal in Bezug auf ihren Blutgehalt, sodann in Bezug auf ihren Verlauf, namentlich ob die Kontinuität des Arterienbogens nirgends gestört ist und ob die Ursprünge der einzelnen Schlagadern alle an gehöriger Stelle sich befinden. Sodann wird eine Prüfung der Wandung der Schlagadern vorgenommen, was mittelst Aufschneiden derselben mit Pincette und geknöpfter Scheere zu geschehen hat. Nunmehr wird das Gehirn herumgedreht und als letzter Akt dieser Untersuchung das Abziehen der weichen Hirnhaut vom Gehirn vorgenommen, wobei man besonders darauf zu achten hat, ob diese sich leicht oder schwer ablösen lässt, ob sie einreisst und ob Gehirntheile anhaften u. s. w.

[4]) Nicht nur die Grösse, sondern auch das Gewicht des Gehirns ist festzustellen, ferner ob beide Hälften symmetrisch sind u. s. w. Das Gehirngewicht beträgt im Mittel bei Männern 1358 g, bei Weibern 1235 g.

nommen, wobei namentlich die Farbe, die Füllung der Gefässe, die Konsistenz und die Struktur festzustellen sind[1]).

Ausserdem ist stets der Zustand des Gewebes und der Gefässe an der oberen Gefässplatte (velum chorioides) zu ermitteln.

---

[1]) Der Gang der **Gehirnsektion** ist etwa folgender: Den ersten Akt bildet die Eröffnung der Ventrikel. Durch einen seichten Schnitt links von der Mittellinie des Balkens wird zunächst das Dach des linken Ventrikels eingeschnitten und hierbei sofort auf die Anwesenheit etwaigen Inhalts geachtet; sodann werden Vorder- und Hinterhorn des Ventrikels eröffnet, indem man zunächst mit der Messerspitze, und zwar mit nach vorn gehaltener Klinge, in das Vorderhorn eingeht und sodann in der Richtung des Vorderhornverlaufs um die Messerspitze mit der Klinge annähernd einen Winkel von 180 Grad beschreibt; in entsprechender Weise wird auch das Hinterhorn eröffnet. Danach wird am lateralen Rande des nunmehr eröffneten Seitenventrikels entlang eine steile Umschneidung des Seh- und Streifenhügels vorgenommen, worauf die linke Grosshirnhälfte ohne Weiteres sich auf die Seite legen lässt. Die Eröffnung des rechten Seitenventrikels erfolgt genau in derselben Weise, indem man mit einem etwas rechts von der Mittellinie des Balkens geführten Schnitt beginnt. Endlich wird der dritte Ventrikel in der Weise freigelegt, dass man mit der linken Hand den Balken leicht anzieht, die Messerklinge durch das Monro'sche Loch hindurchführt, mit einem möglichst horizontal geführten Schnitt den Balken nach vorn hin durchschneidet und nach hinten umklappt, worauf man ihn auch an seinem hinteren Abschnitt durchschneidet, um ihn so völlig abzutragen. Die drei Ventrikel des Grosshirns liegen nunmehr frei vor, sie werden, nachdem noch der Zustand der Gefässplatte und der Adergeflechte, ihre Farbe, die in ihnen verlaufenden Gefässe oder cystische Bildungen betrachtet und beschrieben sind, einer genauen Musterung bezüglich des Verhaltens ihrer Oberfläche unterzogen. Es wird insbesondere festgestellt, ob dieselbe glatt oder uneben ist, was man theils durch das Gesicht, theils indem man vorsichtig mit der Fingerspitze darüber hinfühlt, feststellen kann. Im Anschluss hieran erfolgt die Eröffnung und Untersuchung des vierten Vertrikels; die Eröffnung erfolgt durch einen von vorn nach hinten durch den Wurm gelegten Schnitt.

Der nächste Akt ist die Sektion der Grosshirn-Halbkugeln, die zu diesem Zwecke von innen her durch eine Reihe längs geführter Schnitte zerlegt werden und zwar so, dass man zunächst die linke Hirnhalbkugel halbirt, jede dieser beiden Hälften wiederum halbirt und so fort. Sämmtliche Schnitte müssen bis in die Gegend der Hirnrinde geführt werden; es ist nöthig, sofort mit den Fingerspitzen der linken Hand unter die Schnittfläche zu gehen und durch Emporheben derselben ein Klaffen jener zu bewirken, damit man die Feuchtigkeit, den Glanz und das Verhalten der Blutpunkte des Gehirns beurtheilen kann. Letzteres ist ganz besonders wichtig, und es ist deshalb darauf zu achten, ob und wieviel Blutpunkte in einem bestimmten Flächenraum auf der Schnittfläche hervortreten, sowie darauf, ob diese Blutpunkte, nachdem man sie durch einen Wasserstrahl entfernt hat, etwa wiederkommen oder nicht.

Nachdem hierauf Seh- und Streifenhügel durch einander parallel geführte, aber quer verlaufende Schnitte zerlegt sind, wobei das Verhalten der Gehirnsubstanz, insbesondere dasjenige der inneren Kapsel, ferner die Zahl und Erscheinungsweise der Blutpunkte zu beachten ist und nachdem endlich die Vierhügel an ihrer Oberfläche und auf dem Durchschnitt geprüft sind, erfolgt als vierter Akt der Hirnsekfion die Untersuchung des Kleinhirns: Von dem vorher gemachten Schnitte aus wird jede der beiden Kleinhirnhälften in eine obere und in eine untere Hälfte und diese wiederum durch strahlenförmig von der Gegend des vierten Ventrikels ausgehende Schnitte zerlegt, die bis in die Kleinhirnrinde zu verlaufen haben. Dass auch hier auf das Verhalten etwaiger Blutpunkte, Farbe, Feuchtigkeit u. s. w. zu achten ist, bedarf keiner besonderen Erwähnung.

Schliesslich wird sowohl das Kleinhirn als auch das Grosshirn zusammengelegt, was leicht geschehen kann, da der Zusammenhang der Hirnrinde überall erhalten ist, das Gehirn umgedreht, sodass die Hirnbasis nach oben kommt, und die Prüfung der Brücke und des verlängerten Markes durch eine Menge paralleler querverlaufender Schnitte vorgenommen, nachdem man die Basilar-Arterie nach vorn hin abgetragen hat.

Die Ausdehnung und der Inhalt der einzelnen Hirnhöhlen, sowie die Beschaffenheit und Gefässfülle der verschiedenen Adergeflechte sind bei den einzelnen Abschnitten besonders ins Auge zu fassen, auch das Vorhandensein etwaiger Blutgerinsel ausserhalb der Gefässe zu ermitteln.

Den Schluss macht die Untersuchung der Knochen des Grundes und der Seitentheile des Schädels, welcher stets eine Entfernung der harten Hirnhaut voraufgehen muss[1]).

§ 16. Wo es nöthig wird, die Oeffnung der inneren Theile des Gesichtes, die Untersuchung der Ohrspeicheldrüse oder des Gehörorgans vorzunehmen, da ist in der Regel der über den Kopf geführte Schnitt hinter dem Ohre bis zum Halse zu verlängern und von hier aus die Haut nach vorne hin abzupräpariren, um dieselben zu schonen[2]).

---

[1]) Behufs Prüfung des knöchernen Schädelgrundes ist die harte Hirnhaut durch kräftige Züge mit einer Pincette vom Schädelgrunde abzuziehen, und hierbei festzustellen, ob etwa Theile der harten Hirnhaut am Schädelgrunde haften bleiben, sowie ob Verletzungen des knöchernen Schädelgrundes vorhanden sind. Sprünge gröberer Art werden dem Auge nicht so leicht entgehen, feinere Sprünge kann man am besten als solche eruiren, indem man leicht die betreffenden Schädelgrund-Partien auseinander und wieder zusammen zu biegen sucht; man wird dann an der Bewegung der an Sprüngen stets haftenden Blutschicht erkennen können, ob hier thatsächlich ein Sprung vorliegt, vorausgesetzt, dass sich der erwähnte Blutfaden nicht über einer Naht wie z. B. zwischen Hinterhaupt- und Schläfenbein vorfindet. In einem derartigen Falle wird man am besten durch Vergleich mit der andern Seite des Schädelgrundes ermitteln, ob eine symmetrische Naht vorhanden ist, oder eine Fissur. Zu bemerken ist noch, dass die mittleren Partien des Schädelgrundes, namentlich die Partien um die Durchtrittsstelle der Gefässe und Nerven ausserordentlich fest mit der harten Hirnhaut verbunden sind, sodass sich im Allgemeinen ein Versuch, die harte Hirnhaut auch hier zu entfernen, erübrigt.

[2]) Die Sektion des Ohres geschieht am einfachsten, indem man mit einem Meissel an der Vorderfläche des Felsenbeins die Gegend der halbzirkelförmigen Kanäle und des Paukenhöhlendaches durch flache Schläge abträgt und so vorsichtig in die Tiefe dringt; es gelingt auf diese Art in einer völlig ausreichenden Weise, nicht nur die halbzirkelförmigen Kanäle, sondern auch Mittelohr und Warzenfortsatzhöhlen sichtbar zu machen. Erscheint es geboten, äusseres und inneres Ohr genau in seinem Zusammenhang zu sehen, so führt am besten ein senkrecht durch die Spitze des Eminentia canal. semic. sup. parallel zur Crista oss. petros. geführter Sägeschnitt zum Ziele. Man nimmt diese Operation vor, nachdem das äussere Ohr und die äusseren Partien des Schädelgrundes von Weichtheilen befreit sind, und nachdem man mit einer Stichsäge das ganze Felsenbein durch in der Gegend des hinteren Sattelknopfes sich vereinigende Sägeschnitte aus dem Zusammenhange gelöst hat.

Eine Sektion der Nebenhöhlen der Nase bewirkt man in sehr einfacher und kosmetisch vollkommen einwandfreier Weise durch einen genau in der Mittellinie des Schädelgrundes geführten und denselben durchtrennenden Sägeschnitt. Zunächst werden hierbei die Weichtheile der Stirn bis über die Augenbrauen und den Nasengrund vom Knochen entfernt und nach unten zurückgeschlagen, hierauf ebenso die Weichtheile des Hinterkopfes bis zum Hinterhauptsloch, insbesondere die Ansätze der langen Rückenmuskeln. Der eben bezeichnete Sägeschnitt wird alsdann durch den ganzen Schädelgrund hindurchgelegt; er ist ohne Weiteres leicht zu bewerkstelligen, vorausgesetzt, dass man eine genügend lange Säge zur Verfügung hat. Ob der Schnitt tief genug geführt ist, kontrollirt man dadurch, dass man versucht, die beiden Schädelhälften auseinander zu biegen. Die Keilbeinhöhle und die Stirnbeinhöhle sind nunmehr, wenn dieser Theil der Operation beendet ist, eröffnet. Von der Nasenhöhle wird man in der Regel die eine Hälfte eröffnet finden; man entfernt nun die Muscheln und durchtrennt mit einer kräftigen spitzen Scheere die mediane Wand der Highmorshöhle. Alsdann wird die Nasenscheidewand mit einer Scheere abgetragen und dieselbe Operation an der anderen Nasenhälfte vorgenommen.

Bei diesen Untersuchungen ist stets besondere Aufmerksamkeit auf den Zustand der grösseren Arterien und Venen zu richten.

§ 17. Die Oeffnung der **Wirbelsäule** (§ 14 Abs. 2)[1]) erfolgt in der Regel von der Rückseite her. Es wird zunächst die Haut und das Unterhautfett gerade über den Dornfortsätzen durchschnitten; sodann wird zu den Seiten der letzteren und der Bogenstücke die Muskulatur abpräparirt. Dabei ist auf Blutaustretungen, Zerreissungen und sonstige Veränderungen, namentlich auf Brüche der Knochen, sorgfältig zu achten.

Sodann wird mittelst des Meissels, oder wo eine solche vorhanden ist, mit einer Wirbelsäge (Rhachitom) der Länge nach aus allen Wirbeln der Dornfortsatz mit dem nächstanstossenden Theile des Bogenstücks abgetrennt und herausgenommen. Nachdem die äussere Fläche der nun vorliegenden harten Haut geprüft ist, wird letztere durch einen Längsschnitt vorsichtig geöffnet und dabei sofort ein etwaiger ungehöriger Inhalt, namentlich Flüssigkeit oder ausgetretenes Blut, festgestellt; auch Farbe, Aussehen und sonstige Beschaffenheit des hinteren Abschnittes der weichen Haut und durch sanftes Herübergleiten des Fingers über das Rückenmark der Grad des Widerstandes desselben ermittelt.

Nächstdem werden jederseits durch einen Längschnitt die Nervenwurzeln durchschnitten, das Rückenmark an seinem unteren Ende vorsichtig mit der Hand herausgehoben, auch die vorderen Verbindnngen nach und nach getrennt und endlich das obere Ende aus dem grossen Hinterhauptsloche hervorgezogen.

Bei allen diesen Thätigkeiten ist besonders darauf zu achten, dass das Rückenmark weder gedrückt, noch geknickt wird. Ist es herausgenommen, so wird zunächst die Beschaffenheit der weichen Haut an der Vorderseite geprüft, nächstdem die Grösse und Farbe des Rückenmarks nach der äusseren Erscheinung angegeben und endlich durch eine grössere Reihe von Querschnitten, die mit einem ganz scharfen und dünnen Messer zu führen sind, die innere Beschaffenheit des Rückenmarkes und zwar sowohl der weissen Stränge, als der grauen Substanz dargelegt. Schliesslich wird die harte Haut von den Wirbelkörpern entfernt und nachgesehen, ob hier Blutergüsse oder Verletzungen oder Veränderungen der Knochen oder der Zwischenwirbelscheiben aufzufinden sind.

§ 18. Die Oeffnung des **Halses, der Brust- und Bauchhöhle** wird in der Regel eingeleitet durch einen einzigen langen, vom Kinn bis zur Schambeinfuge und zwar links vom Nabel geführten Schnitt. In den gewöhnlichen Fällen ist derselbe am Unterleibe sogleich bis in die Bauchhöhle zu führen, so jedoch, dass jede Verletzung der Organe derselben vermieden wird. Dies geschieht am besten in der Art, dass zuerst nur ein ganz kleiner Einschnitt in das Bauchfell gemacht wird. Bei dem Einschneiden ist darauf zu achten, ob Gas oder Flüssigkeit austritt[2]). Es wird dann zuerst ein, sodann noch ein

---

[1]) Die Sektion der Rückenmarkshöhle wird am zweckmässigsten erst nach derjenigen der Bauchhöhle vorgenommen.

Kommt man bei der Rückenmarkssektion selbst zu keinem bestimmten Ergebniss, ob pathologische Veränderungen vorliegen oder nicht, so empfiehlt es sich, das Rückenmark in Verwahrung zu nehmen, dies im Protokoll zu vermerken und sich im Gutachten eine definitive Aeusserung vorzubehalten. Nach wenigen Tagen bereits ist man dann meist in der Lage, an dem in Müller'scher Flüssigkeit konservirten Organ die vermutheten Veränderungen deutlicher nachzuweisen oder ihr Fehlen mit Bestimmtheit festzustellen.

[2]) Beim Einschneiden der Bauchdecken ist ausserdem auf die Dicke, Farbe und Konsistenz des Fettpolsters, sowie auf das Verhalten der Muskulatur zu achten.

Finger eingeführt, vermittelst derselben die Bauchdecke von den Eingeweiden abgezogen und zwischen beiden Fingern der weitere Schnitt durch das Bauchfell geführt.

Dabei ist sofort die Lage, die Farbe und das sonstige Aussehen der vorliegenden Eingeweide, sowie ein etwa vorhandener ungehöriger Inhalt anzugeben, auch durch Zufühlen mit der Hand der Stand des Zwerchfells zu bestimmen[1]).

Die Untersuchung der Organe der Bauchhöhle wird nur in dem Falle sofort ausgeschlossen, wo eine besondere Vermuthung besteht, es sei die Todesursache in der Bauchhöhle wirksam gewesen (§ 14). Für gewöhnlich hat die Untersuchung der Brusthöhle der weiteren Erforschung der Bauchhöhle voraufzugehen.

§ 19. Für die Oeffnung der **Brusthöhle** ist es erforderlich, dass zunächst die Weichtheile der Brust bis über die Ansatzstellen der Rippenknorpel an die Rippen hinaus abpräparirt werden[2]).

Nächstdem werden die Rippenknorpel, und zwar um wenige Millimeter nach innen von ihren Ansatzstellen an den Rippen, mit einem starken Messer durchschnitten. Dasselbe ist so zu führen, dass das Eindringen der Spitze in die Lunge oder das Herz vermieden wird.

Bei Verknöcherung der Knorpel ist es vorzuziehen, die Rippen selbst etwas nach aussen von den Ansatzstellen der Knorpel mit einer Säge oder einer Knochenscheere zu trennen.

Sodann wird jederseits das Schlüsselbeingelenk vom Handgriffe des Brustbeins durch halbmondförmig geführte vertikale Schnitte getrennt, und die Verbindung der ersten Rippe, sei es im Knorpel, sei es in der Verknöcherung, mit Messer oder Knochenscheere gelöst, wobei die grösste Vorsicht zur Vermeidung einer Verletzung der dicht darunter gelegenen Gefässe anzuwenden ist. Alsdann wird das Zwerchfell, soweit es zwischen den Endpunkten der genannten Schnittlinien angeheftet ist, dicht an den falschen Knorpeln und dem

---

[1]) Bei der Inspektion der Bauchhöhle ist insbesondere festzustellen: die Lage der Baucheingeweide, wie weit die Leber in die Brustwarzen- und in der Mittellinie den Rippenbogenrand überragt, wie weit der Magen hinabreicht, ob er durch Gas ausgedehnt ist, ob das Netz die Därme bedeckt, vor allem aber, ob alle Baucheingeweide eine glatte und glänzende Oberfläche haben oder, ob sich Verwachsungen oder Verklebungen zwischen ihnen vorfinden, soweit sich dies ohne Trennung ihres Zusammenhangs allein durch eine Besichtigung feststellen lässt. Sodann wird der Darm aus dem kleinen Becken emporgehoben nnd wird durch eine schöpfende Bewegung mit den gekrümmten Fingern der rechten Hand festgestellt, ob und welcher abnorme Inhalt sich im kleinen Becken vorfindet. Drittens wird bei der Inspektion der Bauchhöhle noch ermittelt, an welcher Rippe in der Brustwarzenlinie gemessen das Zwerchfell mit seiner Kuppe sich befindet.

Erscheint die Zwerchfellkuppe nicht nach oben vorgewölbt, sondern schlaff nach unten und hat man den Verdacht, dass es sich um einen Pneumothorax handelt, so wird man mit der vorher abpräparirten Haut über dem Brustkorb durch Anlegen eine Tasche zu bilden suchen, welche man mit Wasser anfüllt; hierauf wird man unter dem Spiegel des Wassers einen Einstich in einen Zwischenrippenraum machen und feststellen, ob etwa durch den Stichkanal das Wasser in die Brusthöhle eindringt oder ob spontan, oder auf Druck von der Zwerchfellkuppe her Luftblasen aus dem Brustkorbe aus dem Stichkanal emporsteigen.

[2]) Am Brustkorb werden Haut und Muskulatur abpräparirt, oberhalb des Schlüsselbeines dagegen nur die Haut (bis an die horizontalen Kieferäste heran und nach hinten bis in die Gegend des Kieferwinkels); die Muskulatur bleibt dagegen hier intakt. Bei weiblichen Leichen ist bei dieser Manipulation stets die Milchdrüse von innen her einzuschneiden.

Schwertfortsatz abgetrennt, das Brustbein nach aufwärts geschlagen und das Mittelfell mit sorgsamer Vermeidung jeder Verletzung des Herzbeutels und der grossen Gefässe durchschnitten[1]).

Nachdem das Brustbein entfernt ist, wird zunächst der Zustand der Brustfellsäcke, namentlich ein etwaiger ungehöriger Inhalt derselben nach Maass und Beschaffenheit, sowie der Ausdehnungszustand und das Aussehen der vorliegenden Lungentheile festgestellt[2]). Hat bei der Entfernung des Brustbeins eine Verletzung von Gefässen stattgefunden, so ist sofort eine Unterbindung oder wenigstens ein Abschluss derselben durch einen Schwamm vorzunehmen, damit das ausfliessende Blut nicht in die Brustfellsäcke trete und später das Urtheil störe. Die Zustände des Mittelfelles, insbesondere das Verhalten der darin vorhandenen Brust- oder Thymusdrüse[3]) sowie die äussere Beschaffenheit der grossen, ausserhalb des Herzbeutels gelegenen Gefässe, welche jedoch noch nicht zu öffnen sind, werden schon hier festgestellt.

Nächstdem wird der Herzbeutel geöffnet und untersucht und das Herz selbst geprüft[4]). Bei letzterem ist Grösse, Füllung der Kranzgefässe und der einzelnen Abschnitte (Vorhöfe und Kammern), Farbe und Konsistenz (Leichenstarre) zu bestimmen, bevor irgend ein Schnitt in das Herz gemacht oder gar dasselbe aus dem Körper entfernt ist. Sodann ist, während das Herz noch in seinem natürlichen Zusammenhange sich befindet, jede Kammer und jeder Vorhof einzeln zu öffnen und der Inhalt jedes einzelnen Abschnittes nach Menge, Gerinnungszustand und Aussehen zu bestimmen, auch die Weite der Atrioventrikularklappen durch Einführung zweier Finger vom Vorhof zu erproben. Alsdann wird das Herz herausgeschnitten, der Zustand der arteriellen Mündungen zuerst durch Eingiessen von Wasser, sodann durch Aufschneiden.

---

[1]) Hierbei ist zugleich der Zustand des Brustbeins zu ermitteln, ob es unversehrt ist und wie sich die dicht neben ihm verlaufenden inneren Brustbeinarterien und Brustbeinvenen verhalten.

[2]) Die Inspektion der Brusthöhle hat sich darauf zu erstrecken, ob die Lunge zurückgesunken und mit der Brustwand verwachsen ist, wie gross die Entfernung ihrer vorderen Ränder von einander ist, wieviel vom Herzbeutel von der Lunge unbedeckt gelassen ist und ob sich abnormer Inhalt in den beiden Brustfellsäcken vorfindet.

[3]) Das Auffinden der Brust- oder Thymusdrüse gelingt viel häufiger als man gewöhnlich annimmt. Bei dem grossen forensischen Interesse, das der Erklärung gewisser Fälle von plötzlichem natürlichem Tode innewohnt, sollte der Versuch, die Thymusdrüse zu erreichen, nie unterlassen werden. Die Basis der Brustdrüse liegt ungefähr zwischen den Medianpartien der beiden Schlüsselbeine; nach beiden Seiten sendet sie neben der Mittellinie spitz zusammenlaufende Lappen nach abwärts, die in der Regel noch eine geraume Strecke auf dem Herzbeutel verlaufen und hier dann ganz besonders bequem aufgesucht werden können. Man hat dann nach der Herausnahme des Organs Grösse, Farbe, Konsistenz feststellen und die Beschaffenheit seiner Schnittfläche zu prüfen. Ueber die Grössenverhältnisse der Brustdrüse cf. pg. 77, Anm. 3.

[4]) Die Eröffnung des Herzbeutels geschieht durch einen Schnitt, welcher ungefähr einem umgekehrten Y entspricht und die vordere Hälfte des Herzbeutels in drei Lappen spaltet, sodass man das Herz bequem betrachten kann. Zu ermitteln ist die Grösse des Herzens (ob es der Grösse der geballten Faust der Leiche entspricht, ev. wird mit dem Maass Breite und Länge des Herzkammertheiles festgestellt), seine Konsistenz, die Beschaffenheit seiner Oberfläche, namentlich ob es so stark mit Fett bewachsen ist, dass die Fettschicht die Muskulatur völlig bedeckt, oder ob Theile der Muskulatur ganz ohne Fettauflagerung erscheinen, ob Sehnenflecke sich auf dem Herzüberzug finden u. s. w. Das Herz wird hierauf mit der Spitze emporgehoben, um festzustellen, ob und wieviel Inhalt sich im Herzbeutel vorfindet und wie sich die Herzhinterfläche verhält.

geprüft und endlich die Beschaffenheit des Herzfleisches nach Farbe und Aussehen genauer festgestellt[1]). Entsteht die Vermuthung, dass Veränderungen des Muskelgewebes, z. B. Fettentartung desselben, in grösserer Ausdehnung vorhanden seien, so ist jedesmal eine mikroskopische Untersuchung zu veranstalten.

---

[1]) **Sektion des Herzens:** Mit der linken Hand wird das Herz zunächst ungefähr so ergriffen, wie der Geiger den Geigenhals fasst, d. h., der Daumen befindet sich bei supinirter Hand an der Hinterfläche des Herzens, die Finger an der Vorderfläche. Das festgefasste Herz wird nach links mit der Spitze herübergezogen, sodass die rechte Vorkammer und die proximalen Theile beider Hohlvenen deutlich sichtbar werden. Hierauf wird der erste Schnitt in den rechten Vorhof von der Gegend der Einmündung der Hohlvenen an bis an die Gegend der Vorhofkammerklappe möglichst genau an der Seitenwand des Herzens geführt, und alsdann durch einen zweiten Schnitt eine Durchtrennung der Seitenwand des rechten Ventrikels bis an die Herzspitze vorgenommen. Während die linke Hand noch immer das Herz in der beschriebenen Weise festhält, prüft nunmehr die rechte Hand den Inhalt von Vorhof und Ventrikel, bezüglich seiner Beschaffenheit, ob flüssiges, ob geronnenes Blut, ob Speckgerinsel u. s. w. vorhanden sind, und zweitens bezüglich der Menge des Inhalts, die möglichst nach cbcm gemessen anzugeben ist. Endlich prüfen zwei Finger der rechten Hand bei immer noch unveränderter Haltung der linken die Durchgängigkeit der Vorhofkammerklappe. Damit ist die Eröffnung des rechten Herzens und seine vorläufige Prüfung beendet.

Die linke Hand wird nunmehr pronirt, so dass der Daumen wieder das Herz an der Hinterfläche und die Finger an der Vorderfläche fassen, das Organ kräftig nach rechts herübergezogen und hierauf die Eröffnung des linken Vorhofes durch einen Schnitt vorgenommen, welcher in der unmittelbar hinter dem linken Herzohr befindlichen vorderen Lungenvene beginnt und oberhalb der linken Vorhofkammerklappe endet. Die Eröffnung des linken Ventrikels erfolgt an seinem seitlichen Rande mittelst eines durch die linke Herzkammer bis in die Herzspitze geführten Schnittes von ausreichender Tiefe. Die Prüfung des Inhalts und der Durchgängigkeit der Klappe hat ebenso wie auf der rechten Seite zu erfolgen. Jetzt wird das Herz in der Weise herausgenommen, dass man durch die beiden Ventrikelschnitte die Herzkammerwand nahe der Spitze erfasst, das Herz kräftig nach oben zieht und durch einige möglichst weit vom Herzgrunde entfernte Schnitte von unten her die grossen Gefässe durchtrennt.

Die weitere Untersuchung des aus dem Zusammenhang gelösten Organs findet nun auf folgende Weise statt:

Znnächst wird ermittelt, ob die beiden grossen Schlagadern schlussfähige Klappen haben. Ein auffliessender Wasserstrahl ist im Stande, darüber genügenden Aufschluss zu geben; jedoch leidet diese Probe an einem nicht zu leugnenden Mangel von Genauigkeit, auch wenn man bei der Prüfung der Aorta die Vorsichtsmassregel befolgt, das Herz an den beiden Herzohren gefasst zu halten, und bei derjenigen der Pulmonalis: die Arterie durch Auseinanderziehen der Schlagadernwand zum Klaffen zu bringen. Gleichwohl darf man nie versäumen, die Prüfung anzustellen und über das Resultat eine Notiz zu machen. Hierauf werden beide Arterien eröffnet und zwar geht entsprechend dem Verlaufe der Pulmonalis der Eröffnungsschnitt des rechten Ventrikels schräg durch die Vorderwand desselben, während der Eröffnungsschnitt des linken Ventrikels gerade durch die Vorderwand des linken Ventrikels geht. Hierbei ist darauf zu achten, dass im rechten Ventrikel der vordere Papillarmuskel nicht durchgetrennt wird; man vermeidet dies am besten, indem man mit dem linken Daumen den Papillarmuskel zu erreichen trachtet und dann die Scheere zwischen Papillarmuskel und vorderer Herzwand hindurchschiebt. Der Schnitt wird wie gesagt schräg geführt; er beginnt etwa in der Mitte der rechten Herzkante und durchtrennt noch den Anfangstheil der Pulmonalis mit. Bei dem Schnitt durch den linken Ventrikel ist zu bemerken, dass man, namentlich bei einigermassen grossen Herzen, unbekümmert um das Ende des Schnittes dicht neben dem Septum einen Scheerenschlag durch die Herzwand thun und von dessen Ende aus dann leicht mit der geknöpften Branche der grossen Darmscheere, die man hierzu am besten benutzt, die Oeffnung der Aorta zwischen Pulmonalis und linkem Herzohr schneidend, erreichen kann.

An die Untersuchung des Herzens schliesst sich die der grösseren Gefässe, mit einziger Ausnahme der absteigenden Aorta, welche erst nach den Lungen zu prüfen ist.

Die genauere Untersuchung der Lungen[1]) setzt die Herausnahme derselben aus der Brusthöhle voraus. Dabei ist jedoch mit grosser Vorsicht zu verfahren, und jede Zerreissung oder Zerdrückung des Gewebes zu vermeiden. Sind ausgedehntere, namentlich ältere Verwachsungen vorhanden, so sind dieselben nicht zu trennen, sondern es ist an dieser Stelle das Rippenbrustfell mit zu entfernen. Nachdem die Lungen herausgenommen sind, wird noch einmal sorgsam ihre Oberfläche betrachtet, um namentlich frischere Veränderungen, z. B. die Anfänge entzündlicher Ausschwitzung, nicht zu übersehen; sodann

---

Hieran schliesst sich nun die Untersuchung der Herz-Muskulatur. Man betrachtet zunächst die Muskulatur des rechten Ventrikels, misst ihre Dicke an der Basis und in der Nähe der Herzspitze, versäumt auch nicht, die Dicke der etwa vorhandenen Fettschicht mit dem Zentimetermass festzustellen und eruirt die Farbe der Muskulatur. In gleicher Weise wird bei dem linken Ventrikel vorgegangen. Man stellt die Dicke seiner Wand an Basis und Spitze fest, prüft dann die Beschaffenheit der Kammerscheidewand und eines der Papillarmuskeln des linken Ventrikels durch Einschnitte, die senkrecht zum Endokard geführt werden, und ermittelt endlich durch einen Flachschnitt parallel der Vorderwand des linken Ventrikels die Beschaffenheit auch dieses Herzabschnittes. Schwielen, Fettmetamorphose, Trübung, Fragmentation können, soweit dies makroskopisch möglich ist, nie besser als durch derartig angelegte Schnitte festgestellt werden. Die Höhe des linken Ventrikels beträgt im allgemeinen 9,5 cm, die des rechten 9,4 cm; die Wanddicke beträgt rechts 0,5—0,7 cm, links 1,1—1,4 cm; das rechte Ostium arteriosum hat einen Umfang von 8,9—9,2 cm, das linke von 7,7—8,0 cm. Das vom Blut befreite Herz wiegt beim Manne durchschnittlich 300, beim Weibe 250 g.

Den Schluss der Herzsektion bildet die Untersuchung des Herz-Inneren: Ob die Papillarmuskeln rund oder oval, ob die Fleischbalken rund oder oval oder platt, die Sehnenfäden zart oder verdickt, plump, mit einander verwachsen sind, ob der innere Herz-Ueberzug zart oder undurchsichtig oder durch Fettgewebe unterminirt ist u. s. w.

[1]) Die **Untersuchung der Lungen** beginnt, wie dies bei den paarigen Organen stets geschieht, mit der links gelegenen. Alle Verwachsungen zwischen Brustwand und Lunge, soweit sie noch nicht zertrennt sind, werden gelöst, die Lunge wird aus dem hinteren Theile des Brustfellsackes herausgewälzt, und das Organ schliesslich von der Spitze her gewissermassen unter die volle Hand genommen, während gleichzeitig die vier Finger zu zweien gespreizt auf dem Bronchus reiten. Man hat jetzt nur nöthig, am Hand- resp. Fingerrücken entlang den Bronchus zu durchschneiden und die etwa noch vorhandenen lockeren Verbindungen unterhalb des Bronchus mit dem Messer durch einige leichte Schnitte zu lösen. Auf eine andere Art wird die Herausnahme der Lunge bewerkstelligt, wenn feste Verwachsungen mit der Brustwand vorhanden sind. In diesem Falle erleichtert man sich die Arbeit dadurch, dass man parallel der Rippenknorpel-Trennungsfläche, etwas ausserhalb von dieser, einen Schnitt in das Rippen-Brustfell macht, der namentlich in der Richtung der Zwischenrippenräume recht tief auszufallen hat. Man kann dann den kostalen Theil des Brustfells, der mit dem pulmonalen Theil ja verwachsen ist, seinerseits ablösen, indem man sich von dem Zwischenrippenraum her zwischen Rippenmuskulatur und Brustfell mit der Fingerspitze bohrend Taschen herstellt, die nachher beliebig erweitert werden können.

Durch Besichtigung der herausgenommenen Lunge ist ihre Farbe, die in der Regel in dem hinteren Abschnitte etwas dunkler ist, als in dem vorderen, sowie ihre Konsistenz, ob dieselbe luftkissenartig, elastisch, schlaff oder leberartig ist, festzustellen. Weiter wird auf die Beschaffenheit des Brustfells geachtet, d. h. es muss festgestellt werden, ob Gefässe in demselben vorhanden und gefüllt sind, ob und welche Verdickungen des Brustfells vorhanden und wie diese gefärbt sind, ob das Brustfell überall spiegelnden Glanz hat oder ob es matt und trübe ist. Bei dieser Gelegenheit mag daran erinnert sein, dass bei unvorsichtiger Herausnahme des Organs ohne weiteres ein artefizielles Em-

werden Luftgehalt, Farbe und Konsistenz der einzelnen Lungenabschnitte angegeben; endlich grosse glatte Einschnitte gemacht und die Beschaffenheit der Schnittflächen, der Luft-, Blut- und Flüssigkeitsgehalt, der etwaige feste Inhalt der Lungenbläschen, der Zustand der Bronchien und Lungenarterien, letzterer namentlich mit Rücksicht auf eingetretene Verstopfungen u. s. w. festgestellt. Zu diesem Zwecke sind die Luftwege und die grösseren Lungengefässe mit der Schere aufzuschneiden und in ihren feineren Verästelungen zu verfolgen.

Wo der Verdacht vorliegt, dass fremde Massen in die Luftwege hineingelangt sind, und wo Stoffe in den Luftwegen gefunden werden, deren Natur durch die groben Merkmale derselben nicht sicher angezeigt wird, da ist eine mikroskopische Untersuchung zu veranstalten.

§. 20. Die Untersuchung des Halses kann je nach der Eigenthümlichkeit des Falles vor oder nach der Oeffnung der Brust oder der Herausnahme

---

physem zu Stande kommen kann, das sich dadurch charakterisirt, dass die emphysematösen supleuralen Gebilde strichförmig angeordnet sind, gerade wie es die Zwischenräume der bei starkem Druck unvorsichtig arbeitenden Finger haben zu Stande kommen lassen. Selbstverständlich können durch ungeschicktes Zugreifen auch dem gewöhnlichen Emphysem sehr ähnliche Veränderungen erzeugt werden. Jedenfalls ist auf Grund dieser Erkenntnis festzuhalten, dass bei der Herausnahme der Lunge vorsichtig manipuliert werden und man sich vor allem davor hüten muss, zu zerren und zu drücken, wenn man nicht zu schweren Täuschungen veranlasst werden will.

Es folgt nun die eigentliche Sektion der Lunge. Den dazu erforderlichen Lungenschnitt legt man in der Weise an, dass man die Lunge auf die Basis aufsetzt und etwa entsprechend der mittleren Axillarlinie auf das am Bronchus festgehaltene Organ von der Spitze her auf die Basis einschneidet; die Tiefe dieses Schnittes muss eine solche sein, dass der Haupt-Bronchus eröffnet wird. Ist dieser Schnitt nicht von vornherein so tief ausgefallen, so wird man bei unveränderter Haltung der linken Hand und ohne die Organtheile etwa auseinander zu klappen in der begonnenen Schnittlinie noch ein oder mehrere Male einschneiden, bis man die nöthige Tiefe erreicht hat. Das Organ wird dann aufgeklappt und die Schnittfläche betrachtet. Es ist jetzt zu beachten, dass man sich zu hüten hat, das Organ sofort mit dem Finger zu berühren oder den Wasserstrahl einwirken zu lassen. Die wichtigsten Befunde würden so verloren gehen; denn es leuchtet ein, dass es von grosser Bedeutung ist, ob sich aus den nunmehr zerschnittenen Gefässen der Lunge sofort eine derartige Schicht Blutes auf die Schnittfläche ergiesst, dass man von dem eigentlichen Lungengewebe überhaupt nichts mehr sieht, oder ob nur aus einzelnen zerschnittenen Gefässen hie und da ein Tropfen flüssigen Blutes auf die Schnittfläche austritt. Ebenso ist es wichtig, festzustellen, ob sich aus dem mit Oedemflüssigkeit strotzend angefüllten Lungengewebe sofort ein Strom schaumiger Flüssigkeit über die Schnittfläche verbreitet, oder ob etwa nur aus wenigen Bronchen etwas schaumige Flüssigkeit austritt, oder endlich, ob nur auf Druck ein Hervorquellen von ödematöser Flüssigkeit zu Stande kommt. Weiter ist darauf zu achten, ob die Schnittfläche der Lunge überall eine glatte und glänzende ist, oder ob etwa gewisse Theile, auch ganze Lappen über das Niveau der Schnittfläche erhaben sind. An derartigen Partien ist dann besonders festzustellen, ob diese erhabenen Theile überhaupt noch lufthaltig sind oder nicht, eine Feststellung, die durch Ausübung eines leichten Fingerdruckes oder auch dadurch bewirkt wird, dass man kleinste Theilchen derartigen Gewebes mit der Scheere abtrennt und beobachtet, ob diese im Wasser untersinken oder schwimmen.

Den letzten Akt der Untersuchung der Lunge bildet das Aufschneiden des Bronchialbaumes sowie der Lungenarterien und Lungenvenen in ihren Hauptästen.

Die Untersuchung der rechten Lunge vollzieht sich genau so, wie diejenige der linken. Der Mittellappen wird in der Weise seciert, dass nicht der Längsrichtung nach, sondern vielmehr senkrecht zu ihr ein querer Schnitt angelegt wird.

der Lungen veranstaltet werden. Auch ist es den Obduzenten anheimgegeben, die Untersuchung des Kehlkopfes und der Luftröhre von derjenigen der übrigen Theile zu trennen, wenn derselben eine besondere Wichtigkeit beizulegen ist, wie es z. B. bei Ertrunkenen oder Erhängten der Fall ist.

In der Regel empfiehlt es sich, zunächst die grossen Gefässe und die Nervenstämme zu untersuchen, nächstdem den Kehlkopf und die Luftröhre durch einen Schnitt von vornher zu öffnen und den Inhalt derselben zu prüfen. [1]) Wo letzterer Betrachtung ein grösserer Werth beizulegen ist, da ist dieselbe vor Herausnahme der Lungen anzustellen und dabei zugleich ein vorsichtiger Druck auf die Lungen auszuüben, um zu sehen, ob und welche Flüssigkeiten u. s. w. dabei in die Luftröhre aufsteigen.

---

[1]) Bei der **Sektion der Halsorgane** hat man die Wahl, ob man die Sektion der grossen Gefässe vor oder nach der Herausnahme von Zunge und Kehlkopf bewerkstelligen will. Legt man Werth auf die Betrachtung des Sympathicus oder anderer nach der Herausnahme von Zunge und Kehlkopf schwer erreichbarer Theile, so wird man mit der Sektion der Halsgefässe und Nerven beginnen, andernfalls mit der Herausnahme von Zunge und Kehlkopf nebst Luftröhre. Bemerkt sei aber ausdrücklich, dass man sich den Sympathicus am besten in der Weise zugängig macht, dass man den medianen Theil der Carotis mit einer Pinzette fasst und nach auswärts zieht, worauf man mit vorsichtigen Messerschnitten das darunterliegende Gewebe durchtrennend bald den genannten Nerven erreicht, den man dann nach oben hin bis zum obersten Ganglium weiter verfolgen kann. Gewöhnlich verfährt man aber so, dass man zunächst beiderseits die Ansätze der Kopfnicker vom Brustbein abtrennt und die unteren Enden der beiden Muskeln bis über die Gegend der grossen Gefässe hinaus nach der Seite hin abpräpariert. Wird alsdann der Kehlkopf vorsichtig nach rechts gezogen, so sieht man die Carotis als weisslichen breiten Strang auf der linken Seite durchschimmern. Man schneidet jetzt mit einem kräftigen, bis auf die Wirbel gehenden Schnitt möglichst hoch oben beginnend das Gewebe zwischen Kehlkopf und Carotis durch, verlängert den Schnitt nach unten hin so weit, wie möglich, und biegt schliesslich beim Eingang in die Brusthöhle etwas nach aussen hin ab, um die Subklavikular-Gefässe ebenfalls gänzlich zu durchtrennen. In derselben Weise wird auf der rechten Seite verfahren. Die korrekte Anlage beider Schnitte ist ausserordentlich wichtig, da sie für eine vollständige Herausnahme der Halsorgane ein ganz besonders wichtiges Orientirungsmittel darstellen. Nunmehr wird die Zungenmuskulatur vom Unterkiefer abgetrennt; man beginnt damit am besten am Kinn dicht hinter dem Unterkiefer einstechend und verlängert den eben gemachten Einstich nach links und hinten hin genau am Knochen entlang gehend bis in die Gegend des Kieferwinkels, worauf man das Messer kräftig nach unten auszieht in den eben beschriebenen Orientierungsschnitt zwischen Kehlkopf und Carotis hinein. Man erleichtert sich die Arbeit der Durchtrennung der Zungenmuskulatur erheblich dadurch, dass man den Kehlkopf leicht nach der rechten Seite hin herüberzieht und dadurch die linke Hälfte der Zungen-Muskulatur in Spannung versetzt.

Durch einen leichten Zug des Kehlkopfes nach links herüber wird auch die rechte Hälfte der Zungenmuskulatur gespannt und mit geringer Mühe durchgetrennt; auch hier hat natürlich der Durchtrennungsschnitt in den zwischen Kehlkopf und Carotis angelegten Orientirungsschnitt auszulaufen. Jetzt wird die Zungenspitze nach unten gezogen und die Mundhöhle von unten eröffnet. Ein Einstich einige Zentimeter vor dem Zäpfchengrund wird die Grenze zwischen weichem und hartem Gaumen, in welcher nunmehr die weitere Durchtrennung stattzufinden hat, richtig treffen: Man durchsticht znnächst die linke Hälfte des weichen Gaumens, hierauf die rechte, und lässt beide Male den Stich in den mehrfach erwähnten Orientierungsschnitt ausmünden. Kräftige Querschnitte durchtrennen alsdann das Gewebe unmittelbar vor den Hals- und Brustwirbelkörpern, so dass Zunge, Rachen, Kehlkopf, oberer Theil der Speiseröhre und die Luftröhre einschliesslich ihrer Bifurkation sammt dem Aortenbogen im Zusammenhang herausgenommen werden. Der untere Theil der Speiseröhre, soweit er unterhalb der Bifurkation liegt, wird zunächst ausser Acht gelassen und erst bei der Magen-Sektion mit entfernt (s. Anm. 1, S. 72).

Es wird alsdann der Kehlkopf im Zusammenhange mit der Zunge, dem Gaumensegel, dem Schlunde und der Speiseröhre herausgenommen, die einzelnen Theile werden vollständig aufgeschnitten und ihre Zustände, namentlich auch die der zugehörigen Schleimhäute, festgestellt. Es sind dabei die Schilddrüse, die Mandeln, die Speicheldrüsen und die Lymphdrüsen des Halses zu beachten.

Wo Verletzungen des Kehlkopfes oder der Luftröhre stattgefunden haben, oder wichtige Veränderungen derselben vermuthet werden, da ist jedesmal die Oeffnung der Luftwege erst nach der Herausnahme derselben und zwar von der hinteren Seite her vorzunehmen.

Wo bei Erhängten oder bei Verdacht des Erwürgungstodes eine Oeffnung der Carotiden vorgenommen wird, um zu ermitteln, ob die inneren Häute derselben verletzt sind oder nicht, da ist diese Untersuchung zu veranstalten, während die Gefässe sich noch in ihrer natürlichen Lage befinden.

Schliesslich ist der Zustand der Halswirbelsäule und der tiefen Muskulatur zu berücksichtigen[1]).

§ 21. Die weiter erforderliche Untersuchung der **Bauchhöhle** und ihrer Organe (§ 18) geschieht stets in einer solchen Reihenfolge, dass durch die Herausnahme des einen Organs die genauere Erforschung seiner Verbindungen mit einem andern nicht beeinträchtigt wird. So hat die Untersuchung des Zwölffingerdarms und des Gallengangs der Herausnahme der Leber voranzugehen. In der Regel empfiehlt sich folgende Reihenfolge: 1. Netz[2]), 2. Milz,

---

Hierauf wird zunächst die Zunge untersucht, ob sie verletzt oder unversehrt ist, ob sie Narben aufweist, insbesondere an ihren seitlichen Rändern, und wie ihre Oberfläche beschaffen ist, welche Farbe und welche Konsistenz sie hat. Sodann wird der weiche Gaumen betrachtet, wie seine Schleimhaut beschaffen ist, wie gross die Mandeln sind, ob ihre Oberfläche glatt oder zerklüftet ist, wie sich die Entleerung ihrer Höhlungen auf Druck gestaltet, und wie ihr Durchschnitt beschaffen ist. Auch der Zustand des Zäpfchens ist wichtig; es muss seine Länge und Dicke, seine Konsistenz, Farbe und auch die Beschaffenheit seines Durchschnittes festgestellt werden. Hierauf wird die hintere Rachenwand und unmittelbar daran anschliessend die hintere Speiseröhrenwand aufgeschlitzt und ermittelt, ob und welche Veränderungen die normaler Weise glatte und glänzende Oberfläche erlitten hat. Eine durch die Hypostase bedingte Veränderung der Färbung dieser Theile, sei hier kurz erwähnt, nämlich die Anämie der Partien unmittelbar hinter dem Ringknorpel, die durch den Druck desselben auf die darunter liegende Wirbelsäule verursacht wird. Nachdem man sich durch einen Blick in das Innere des Kehlkopfes davon überzeugt hat; dass die Lichtung desselben nirgends fremde Körper oder andere verstopfende Elemente aufweist, wird eine Oeffnung vorgenommen nnd zwar von hinten, wobei nur zu beachten ist, dass der Schnitt bis zum unteren Theile des Ringknorpels in der Mittellinie und von da ab scharf nach einer Seite der Speiseröhre zu führen ist, um den Zusammenhang des eben genannten Organs nicht weiter zu zerstören, als nothwendig ist. Hierauf wird eine Durchtrennung des tiefer gelegenen Theils der Luftröhre insbesondere der Bifurkation vorgenommen und hier wie im Kehlkopf auf das Verhalten der Schleimhaut, und deren Farbe, sowie auf die Anwesenheit etwaiger Auflagerungen, z. B. Schleim, Schaum, Mageninhalt u. a. m., geachtet. Endlich wird bei dieser Gelegenheit in zweckmässiger Weise noch der Aortenbogen durchtrennt, seine Weite gemessen und die Beschaffenheit seiner Häute ermittelt. Ist dies alles erledigt, so bleibt nur noch übrig, die Karotiden und Drosselvenen aufzuschlitzen, ihre Beschaffenheit festzustellen, sowie auch die dahinter gelegenen Nervi vagi zu untersuchen.

[1]) Es ist hier besonders auf etwaige Verletzungen zu achten; die Untersuchung hat sich nicht nur auf die Hals-, sondern auch auf die Brustwirbelsäule und auf die Rippen zu erstrecken.

[2]) Das Netz wird abgetrennt, gegen das Licht gehalten und untersucht, ob es stark mit Fett bewachsen ist, sodass es der Durchsichtigkeit mehr oder weniger ermangelt, ob und wieweit Blut- und Schlagadern mit Blut gefüllt sind.

3. Nieren und Nebennieren, 4. Harnblase, 5. Geschlechtstheile (beim Manne Vorsteherdrüse und Samenbläschen, Hoden, Ruthe mit der Harnröhre; beim Weibe Eierstöcke, Trompeten, Gebärmutter und Scheide), 6. Mastdarm, 7. Zwölffingerdarm und Magen, 8. Gallengang, 9. Leber, 10. Bauchspeicheldrüse, 11. Gekröse, 12. Dünndarm, 13. Dickdarm, 14. die grossen Blutgefässe vor der Wirbelsäule, deren Blutgehalt zu prüfen und festzustellen ist.

Die Milz wird jedesmal in Bezug auf Länge, Breite und Dicke und zwar in liegender Stellung (nicht in der Hand) und ohne dass der Massstab angedrückt wird, gemessen, sodann der Länge nach und, falls sich veränderte Stellen zeigen, in mehreren Richtungen durchschnitten. Jedesmal ist eine Beschreibung ihres Blutgehaltes zu geben [1])

Jede der beiden Nieren[2]) wird in der Art herausgenommen, dass ein vertikaler Längsschnitt durch das Bauchfell nach aussen hinter dem auf- oder

---

[1]) Behufs Untersuchung der Milz wird diese mit der linken Hand tief aus dem linken Hypochondrium herausgehoben und, indem die Hand das Organ von seiner Konvexität her umfasst, am Hilus durchtrennt. Sie wird sodann auf einen Teller gelegt und ihre Grösse, d. h. Länge, Breite und Dicke gemessen, (durchschnittlich 12 : 7,5 : 3 cm); hierauf wird ihre Farbe und Konsistenz festgestellt, ob schlaff, ob Fingereindrücke bestehen bleiben, ob elastisch, ob derb. Dann wird ermittelt, ob die Ränder des Organs scharf oder plump sind, und endlich, indem man das auf dem Teller liegende Organ an beiden Seitenrändern mit Daumen und Mittelfinger fixiert, der Länge nach ein bis an den Hilus reichender Schnitt gemacht. Auch für die Betrachtung der Schnittfläche der Milz gilt, was vorher von der Betrachtung der angelegten Lungenschnittfläche gesagt ist: Sie hat zunächst ohne vorheriges Abspülen zu erfolgen, damit festgestellt werden kann, ob sich auf ihr viel Blut findet, oder ob das Milzgewebe zerfliesslich ist oder aber, ob die Schnittfäche nur aus einigen zerschnittenen Gefässen dringendes Blut erkennen lässt. Erst dann wird das Blut abgespült und untersucht, wie sich die Elemente der Milz, das Milzgewebe (Pulpa), Malpighische Körperchen und Bälkchen verhalten.

[2]) Die Sektion der Nieren wird dadurch eingeleitet, dass durch einige schräg angelegte Schnitte die Harnleiter aufgesucht, sowie ihre Dicke und Konsistenz festgestellt werden; es geschieht dieses am besten gleich auf beiden Seiten, wobei es sich gleichzeitig empfiehlt, den ganzen Dickdarm von der Flexura sigmoidea bis zum Blinddarm abzutrennen und denselben, als zunächst gar nicht in Betracht kommend, bei Seite, etwa zwischen die Beine der Leiche zu legen. Hierauf wird wieder zunächst die linke Niere ausgelöst, indem man die linke Hälfte des Zwerchfells mit einer Darmscheere bis auf die Wirbelsäule durchtrennt und den Magenfundus sammt dem Pankreasschwanz emporhebt, worauf die Niere nebst der median dem oberen Nierenpol angelagerten Nebenniere ausserordentlich deutlich in die Erscheinung tritt. Jetzt wird ein Schnitt angelegt, der nach aussen konvex ist, etwa die Gestalt eines Ohrrandes hat und Niere nebst Nebenniere umschneidet. Ist der Schnitt da, wo er die Niere umgreifen soll, tief genug angelegt, so umfasst man sie kräftig mit der linken Hand, hebt sie aus ihrem Lager empor, trennt sie nun vorsichtig in dem zuerst angelegten ohrrandförmigen Orientirungsschnitt ab und durchschneidet dann den Ureter. Niere nebst Nebenniere werden jetzt auf den Teller gelegt und zuerst die Sektion der Nebenniere bewerkstelligt, indem man einfach das Organ der Länge nach durchtrennt, nachdem man vorher seine Grösse und Konsistenz festgestellt hat. Dieser Schnitt wird die drei bekannten Schichten der Nebenniere ohne weiteres freilegen; es ist nur erforderlich, zu beschreiben, welches die Farbe der einzelnen Schichten und wie insbesondere die Beschaffenheit der intermediären Pigmentschicht ist, welche häufig in Folge eines kadaverösen Vorgangs zu erweichen pflegt.

Die Niere wird nunmehr sammt Nebenniere und Kapsel in die Hand genommen, sodass der Hilus direkt auf die hohle Hand zu liegen kommt, und ein die ganze Länge des Organs treffender bis in die Rindensubstanz reichender Schnitt angelegt. Alsdann wird die Kapsel und zwar die fibröse mit der Fettkapsel zugleich von der Niere abgezogen. Die Oberfläche des Organs wird hierauf betrachtet, seine Grösse (Länge, Breite und Dicke [10,8—11,8 : 5,4

absteigenden Dickdarm gemacht, letzterer zurückgeschoben und die Niere ausgelöst wird. Alsdann wird zunächst durch einen über den konvexen Rand geführten Längsschnitt die Kapsel eingeschnitten und langsam abgezogen, die freigelegte Oberfläche der Niere in Bezug auf Grösse, Gestalt, Farbe, Blutgehalt, etwaige krankhafte Zustände beschrieben. Dann wird ein Längsschnitt durch die ganze Niere bis zum Becken derselben geführt, die Schnittfläche in Wasser abgespült und beschrieben, wobei Mark und Rindensubstanz, Gefässe und Parenchym zu unterscheiden sind.

Die Beckenorgane (Harnblase, Mastdarm uud die damit im Zusammenhange stehenden Geschlechtsapparate)[1]) werden, nachdem die Harnblase in ihrer natürlichen Lage geöffnet und ihr Inhalt bestimmt worden ist, am besten im

—6,3 : 3,4—4,5]) und Farbe festgestellt, sowie, ob viele Furchen vorhanden sind, die den einzelnen Pyramiden entsprechen, oder ob überhaupt die Oberfläche der Niere durch zahlreichere kleine Furchen eine körnige Beschaffenheit erlangt hat. Endlich wird die Konsistenz festgestellt, ob schlaff, elastisch, derb. Sodann wird der zuerst angelegte Schnitt, indem man die Niere wieder in die volle Hand nimmt, bis in den Hilus vertieft, worauf es ohne Weiteres gelingen wird, ihre beiden Hälften gut auseinanderzulegen, sodass sich zwischen beiden das eröffnete Nierenbecken präsentirt. Wir haben nun auch hier wieder die Schnittfläche ohne irgend welche Manipulationen mit Spülkanne und Messerklinge zu betrachten, um zu ermitteln, ob und wieviel Blut sich spontan auf ihr vorfindet oder ob gar nur auf Druck sich an einigen wenigen Stellen Blut herauspressen lässt. Alsdann ist die Farbe der Rindensubstanz und die der Marksubstanz festzustellen, sowie zu prüfen, ob die Schnittfläche im Allgemeinen eine körnige ist oder ob etwa die Rindensubstanz mit den Bertini'schen Säulen über das Niveau der Marksubstanz erhaben ist, ob die Transparenz des Organs genügend ist, oder ob dasselbe trübe aussieht. Endlich ist darauf Werth zu legen, wie die Schleimhaut des Nierenbeckens beschaffen ist, sowie ob sich nicht etwa um das Nierenbecken herum im Hilus der Niere eine mehr oder weniger starke Fettschicht vorfindet.

Die Sektion der rechten Niere wird genau in derselben Weise bewerkstelligt; zu erwähnen ist nur hier, dass die Lage des Organs gewisse Aenderungen des zuerst anzulegenden Orientirungsschnittes erheischt, da es manchmal nicht ohne weiteres möglich ist, die Nebenniere sich auf dieser Seite sichtbar zu machen. Auch hier führt es zum Ziel, wenn man das Diaphragma oberhalb der Leber durchtrennt und die Leber nach oben hin luxirt, ferner ist es von grossem Werth, stumpf den Zwölffingerdarm bei Seite zu schieben. In jenem Winkel zwischen Zwölffingerdarm und Leber wird man nun die kleine Nebenniere vermuthen dürfen; man wird jetzt den ohrrandförmigen Schnitt auch hier unschwer anlegen können. Die weitere Sektion spielt sich in genau derselben Weise ab, wie auf der linken Seite.

[1]) **Behufs Untersuchung der Beckenorgane** wird man zunächst die noch nicht vom Mesocolon abgelösten Theile der Flexur trennen und alsdann den etwa vorhandenen Darminhalt im oberen Theil des Rektums nach auf- und abwärts schieben, sodass man eine kotfreie Darmpartie erhält, die als Handhabe dienen kann. An dieser Stelle wird nunmehr der Mastdarm durchtrennt und das proximale Dickdarmende bei Seite aus der Leiche herausgelegt. Es erfolgt hierauf die Entleerung des Blaseninhalts, indem entweder, wenn auf die Untersuchung des Urins noch Werth gelegt werden sollte, katheterisirt wird, oder indem die Blase in ihrem Fundus angestochen und der etwa vorhandene Urin ausgeschöpft wird. Die Eröffnung der Blase am Fundes ist aber auch, falls katheterisirt wurde, zur Erlangung einer bequemeren Handhabe bei der nun folgenden Operation unerlässlich. Man ergreift jetzt nämlich den Mastdarm mit dem 4. und 5. Finger der linken Hand, mit denen er umschlungen wird und hierauf die Blase mit linkem Daumen und Zeigefinger, indem der Zeigefinger von innen in die Blase hineinhakt, während der Daumen von aussen kräftig auf die Zeigefingerspitze drückt, und umschneidet zunächst den hinteren Theil des Beckeneingangs unmittelbar am Knochen, hierauf Blase und Mastdarm nach hinten ziehend, auch den vorderen Theil des Beckeneingangs unmittelbar hinter der Symphyse. Jetzt hat man es leicht, immer am knöchernen Beckenrand entlanggehend und insbesondere die Kreuzbeinhöhlung genau beachtend, den

Zusammenhange herausgeschnitten und dann erst der weiteren Untersuchung unterzogen, bei welcher der Geschlechtsapparat zuletzt zur Betrachtung und Oeffnung gelangt. Dabei hat die Oeffnung der Scheide derjenigen der Gebärmutter vorherzugehen. Bei Wöchnerinnen ist den venösen und lymphatischen Gefässen sowohl an der inneren Oberfläche der Gebärmutter, als auch in der Wand und an den Anhängen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, namentlich die Weite und der Inhalt derselben festzustellen.

Schnitt allmählich nach der Gegend des Anus hin zu vertiefen, um schliesslich, wenn man in die Nähe der letztgenannten Gegend gekommen ist, alle Weichtheile daselbst durch einen Querschnitt auf einmal zu durchtrennen. Die herausgenommenen Organe werden nunmehr mit der Blase nach vorn und dem Mastdarm nach hinten auf den Teller gelegt, derart, dass der Blasenfundus dem Obduzenten zugekehrt, der Urethralanfang resp. der anale Abschnitt dagegen von ihm abgewandt ist.

Zunächst wird von dem bereits vorhandenen Schnitt im Blasengrunde aus an der Vorderwand der Blase mittelst einer Darmscheere die völlige Eröffnung des Organs vorgenommen; der Schnitt hat auf jeden Fall in der Urethra zu enden. Beim männlichen Geschlecht wird hieran die Untersuchung der Prostata angeschlossen, deren Konsistenz, Farbe, Gestalt — ob dreilappig etc. zu ermitteln sind.

Die Sektion der weiblichen Geschlechtsorgane wird nach Eröffnung der Blase in der Weise ausgeführt, dass man mit einer kräftigen geknöpften Scheere von der linken Seite her die Blase von Uterus und Vagina durch kleine vorsichtige Scheerenschläge genau bis zur Mittellinie abtrennt. Der Sinn dieser Schnittführung ist der, dass man nun Vagina und Uterus von vorn her in der Mittellinie zu eröffnen in der Lage ist. Zunächst wird die Vagina mit der geknöpften Scheere vorn durchtrennt, hierbei ein etwaiger abnormer Inhalt festgestellt und auch auf die Faltenbildung genau geachtet. Sodann wird der Scheidentheil der Gebärmutter einer genauen Untersuchung unterzogen und ermittelt, welche Gestalt der Muttermund hat, ob er rund oder quer, regelmässig oder narbig ist. Es erfolgt nunmehr die Eröffnung des Uterus durch einen Schnitt vorn in der Mittellinie vom Muttermund her, der im Fundus quer nach beiden Seiten erweitert wird, sodass sich das ganze Organ in Bezug auf Farbe, Dicke und Konsistenz seiner Wandung, sowie in Bezug auf die zu ihm führenden, jetzt eröffneten Gefässe und die Beschaffenheit seiner Schleimhaut einer sorgfältigen Prüfung unterziehen lässt. Hierauf wird festgestellt, welches die Länge, Dicke und Konsistenz der Muttertrompeten ist, wie sich hier die Schnittfläche auf einem angelegten Querschnitt verhält, ob auf diesem etwa Flüssigkeit, Eiter oder dergleichen aus den Oeffnungen der Muttertrompeten auf der Schnittfläche herausquillt. Endlich wird die Grösse (Länge, Breite, Höhe) Konsistenz und vor allem die Beschaffenheit der Oberfläche der Eierstöcke ermittelt, ob diese glatt oder höckrig mit vielen Einziehungen versehen ist.

Behufs Untersuchung des Mastdarms, der bisher den untersten Theil des Präparates bildete, wird dieses jetzt umgedreht, der nunmehr zu oberst liegende Mastdarm mittelst einer Darmscheere an der Hinterfläche geöffnet und alsdann sein Inhalt festgestellt, der darauf in der Regel ohne Weiteres entfernt werden kann. Hat man dann die Darmwandung selbst von anhaftenden Kothbestandtheilen gereinigt, so ist durch Betrachtung der Innenfläche des Organs die Farbe der Schleimhaut und die Beschaffenheit ihrer Oberfläche, ob sie überall glatt und glänzend ist oder ob Substanzverluste vorhanden sind, zu ermitteln. Auch die Dicke der Wand des Mastdarmes ist genau festzustellen, am besten durch Messung mit dem Zentimetermass.

Beim männlichen Geschlecht findet nach Beendigung der Sektion der Beckenorgane diejenige der Hoden, Nebenhoden und des Samenstranges statt. Man presst zu diesem Zwecke den Hoden von unten her gegen die Leistenringgegend und durchschneidet das sich vorwölbende Gewebe durch einen tiefen Schnitt von dem zu Beginn der Sektion angelegten Eröffnungsschnitt aus, worauf dann der seiner Hüllen beraubte Hoden heraustritt. Derselbe wird ebenso wie der anhaftende Nebenhoden durch einen Längsschnitt zerlegt und Farbe, Konsistenz sowie Verhalten des Bindegewebes zum Parenchym des Hodens geprüft.

Magen und Zwölffingerdarm werden, nachdem ihr Zustand äusserlich ermittelt worden ist, in ihrer natürlichen Lage, und zwar der Zwölffingerdarm an seiner vorderen Seite, der Magen an der grossen Krümmung mit einer Scheere aufgeschnitten und erst nach genauer Prüfung ihres Inhalts, sowie der Durchgängigkeit und des etwaigen Inhalts der Mündung des Gallenganges behufs weiterer Prüfung herausgeschnitten[1]).

Die Leber wird zuerst äusserlich in ihrer natürlichen Lage beschrieben und nachdem gegebenen Falls die Untersuchung ihrer Ausführungsgänge stattgefunden, herausgeschnitten. Durch lange, quer durch das Organ gelegte

---

[1]) Die Sektion des Magens beginnt damit, dass der hufeisenförmige, unterhalb der Leber der Wirbelsäule aufliegende Zwölffingerdarm an der Grenze seines absteigenden und unteren horizontalen Theiles mit der Darmscheere geöffnet und hierauf an seiner Vorderfläche aufgeschnitten wird. Sobald die geknöpfte Branche der Scheere hierbei den Pförtner des Magens passirt, wird sie der grossen Krümmung zugewandt, um in dieser die Trennung der Magenwand zu bewirken. Etwaiger Mageninhalt ist nach genügend erfolgter Eröffnung mittelst eines Schöpfbechers zu entfernen und erst dann die Trennung der Magenwand an der grossen Krümmung entlang weiter fortzusetzen; das Ende des Schnittes bildet eine Durchschneidung des Magenmundes und des noch nicht entfernten Theiles der Speiseröhre, die in derselben Richtung wie beim Magen zu erfolgen hat. Sofort wird jetzt der Mageninhalt einer Prüfung unterzogen, insbesondere werden Farbe, Geruch, Konsistenz sowie chemische Reaktion ermittelt. Hierauf erfolgt die Prüfung der Durchgängigkeit des Gallenausführungsganges; zu diesem Zwecke wird der Zwölffingerdarm ausgebreitet, insbesondere diejenige Partie, an welcher der beschriebene Schnitt begonnen hat, da ja in ihrer Nähe die zu untersuchende Mündungsstelle des Gallenganges gelegen ist. Man hat jetzt die Gallenblase mit der rechten Hand kräftig auszupressen, während man mit der linken die Eingeweide von der Mündungsstelle des Gallenganges fern hält. Hieran schliesst sich die Herausnahme des Magens die durch die Abtrennung des Zwölffingerdarmes eingeleitet wird. Dieselbe geschieht in drei Absätzen: den 1. Akt bildet die Trennung der Kontinuität des Zwölffingerdarmes an der Stelle, an welcher vorhin die Eröffnung des Organs begann; sie wird durch einen einzigen kräftigen Scheerenschlag durch das mit der linken Hand etwas angezogene Organ bewirkt. Als 2. Akt folgt die Trennung des Zwölffingerdarmes von dem ihm bekanntlich innig anhaftenden Bauchspeicheldrüsenkopf; die dazu erforderlichen, mit einer einfachen geknöpften Scheere anszuführenden Schnitte müssen sich unmittelbar am Zwölffingerdarm halten und im Gewebe der Bauchspeicheldrüse erfolgen, bis eine vollkommene Trennung beider Organe bewerkstelligt ist. Den 3. Akt bildet die Durchtrennung der Verbindung zwischen Leber und Zwölffingerdarm, insbesondere des Ligamentum hepato-duodenale. Sie geschieht, nachdem zuvor Pfortader, Leberarterie und Gallengang genau betrachtet worden sind, ebenfalls durch einen kräftigen Scheerenschlag. Nunmehr ist der Zwölffingerdarm von seiner Verbindung gelöst; es bleibt also nur noch übrig, durch einige Scheerenschläge die kleine Magenkrümmung von ihren Verbindungen zu trennen und schliesslich den am Magen noch haftenden Theil der Speiseröhre ebenfalls durch Scheerenschläge von seiner Unterlage zu entfernen.

Nach Herausnahme des Magens aus der Leiche wird zunächst die Magenwand betreffs ihrer Dicke untersucht und dann die Schleimhaut des Magens einer besonders genauen Betrachtung in Bezug auf ihre Farbe und Dicke unterzogen, es wird festgestellt, ob und wieviel Schleim ihr mehr oder weniger innig anhaftet, ob sie überall glatt ist, oder ob nicht etwa Substanzverluste vorhanden sind, die dann nach Grösse, Tiefe u. s. w. zu beschreiben sind. Auch der Füllung der Blutgefässe, insbesondere der Arterien, wird die erforderliche Aufmerksamkeit geschenkt; eventuell vorhandene Blutaustretungen werden genau untersucht, ob sie in oder unter der Schleimhaut gelegen sind, wie gross sie sind u. s. w. Schliesslich wird die Dicke und Beschaffenheit der inneren Oberfläche der Speiseröhre sowie des anhaftenden Zwölffingerdarmes ermittelt.

glatte Schnitte wird der Blutgehalt und das Verhalten des Parenchyms festgestellt. Bei der Beschreibung ist stets eine kurze Mittheilung über das allgemeine Verhalten der Leberläppchen, namentlich über das Verhalten der inneren und äusseren Abschnitte derselben zu geben[1]).

Der Dünn- und Dickdarm werden, nachdem ihre einzelnen Abschnitte äusserlich in Bezug auf Ausdehnung, Farbe und sonstiges Aussehen geprüft worden sind, im Zusammenhange und zwar in der Weise herausgenommen, dass mit einem Messer das Gekröse ganz dicht am Darm abgeschnitten wird. Nach der Herausnahme wird der Darm mit einer Scheere an derjenigen Seite, wo sich das Gekröse ansetzt, aufgeschlitzt. Schon während des Aufschlitzens wird der Inhalt der einzelnen Abschnitte betrachtet und bestimmt. Sodann wird das ganze gereinigt und der Zustand der einzelnen Abschnitte und zwar im Dünndarm mit besonderer Rücksicht auf die Peyer'schen Drüsenhaufen, die Solitärfollikel, die Zotten und Falten bestimmt[2]).

---

[1]) Die Untersuchung der Leber und Bauchspeicheldrüse beginnt zweckmässig mit der Herausnahme der Leber, die ohne Schwierigkeit, indem man das Organ mit der linken Hand stark anzieht, sehr leicht durch kräftige Schnitte entfernt werden kann. Das auf dem Teller liegende Organ wird zunächst bezüglich seiner Grössenverhältnisse untersucht; die Länge beträgt im Allgemeinen 32 cm, die Breite 19—21 cm, die Dicke 6,5—7,5 cm. Hierauf wird die Konsistenz ermittelt, d. h. es wird festgestellt, ob das Organ so derb ist, dass ein Fingereindruck bestehen bleibt oder nach einiger Zeit wieder verstreicht, oder ob er überhaupt gar keine Spuren hinterlässt. Auch der vordere Leberrand ist nicht unbeachtet zu lassen, da seine Beschaffenheit, ob scharfrandig oder stumpfrandig, von Wichtigkeit ist. Nachdem sodann noch die Farbe der Leber ermittelt ist, wird die weitere Prüfung derselben durch einen einzigen quer durch beide Lappen in die Konvexität des Organs hineingelegten Schnitt ermöglicht. Es ist hierbei, wie bei jedem Organ, zunächst festzustellen, wie die Schnittfläche bezüglich ihrer Blutverhältnisse beschaffen ist, ob sich ohne weiteres daselbst viel Blut vorfindet, oder ob nur aus einigen zerschnittenen Gefässen Blutstropfen hervorquellen oder nicht. Hierauf wird das etwa vorhandene Blut abgespült und die Farbe des Durchschnittes im Ganzen wie die Beschaffenheit der einzelnen Leberläppchen im Einzelnen untersucht. Hierbei ist deren Grösse festzustellen, desgleichen Farbe der zentralen und peripherischen Abschnitte, ob etwa die zentralen Abschnitte auf der Schnittfläche eingesunken erscheinen und dergleichen. Endlich wird das Organ herumgedreht und die Sektion der Gallenblase vorgenommen, die durch einen in der Längsrichtung die Blasenwandung durchtrennenden Schnitt mit Schere oder Messer erfolgt. Festzustellen ist die Dicke der Gallenblasenwandung, die Beschaffenheit ihrer inneren Oberfläche und die Eigenschaften der etwa vorhandenen Galle.

Den Schluss bildet die Herausnahme der Bauchspeicheldrüse, die ebenfalls nach Grösse, Farbe und Konsistenz untersucht und hierauf in der Längsrichtung durchschnitten wird, um den Blutgehalt des Zwischengewebes sowie die Farbe und Grösse der einzelnen Läppchen der Drüse zu ermitteln.

[2]) Die Herausnahme der Darmes beginnt mit derjenigen des untersten Theiles des Dünndarmes, nachdem, wie S. 69, Anm. 2 beschrieben ist, der Dickdarm bereits aus seinem Zusammenhang gelöst ist. Es ist dabei an dem Grundsatz festzuhalten, dass nicht die rechte das Messer führende Hand die grösste Arbeit leistet, sondern die linke Hand, die den Darm etwa in der Richtung der rechten Achselhöhle kräftig anspannt, während jene nur nöthig hat, dicht am Darm das Mesenterium abzutrennen, wobei das Messer zweckmässig fast senkrecht zur Richtung des Darmes schnell hin- und herbewegt wird. Ist auf diese Weise der ganze Dünndarm bis zum horizontalen Theile des Zwölffingerdarms herausgenommen, so ist dieser vor seiner Entfernung erst freizulegen, da er bekanntlich unterhalb des Mesenteriums verläuft. Den zweiten Akt der Darmsektion bildet das Aufschlitzen des Darmes vom Duodenum an bis zum Dickdarm, wobei ebenfalls die linke Hand den wesentlichsten Theil der Arbeit lestet, indem sie den Darm in die geöffnet gehaltenen Branchen der Darmscheere hineinzieht. Schneidende Bewegungen mit dem Instrument sind vollkommen überflüssig und nur geeignet.

Mindestens in jedem Fall von Bauchfellentzündung ist der Wurmfortsatz genau zu untersuchen.

§. 22. Bei Verdacht einer Vergiftung[1]) beginnt die innere Besichtigung mit der Bauchhöhle. Es ist dabei vor jedem weiteren Eingriff das äussere Aus-

---

die Manipulationen zu verzögern; die Durchtrennung erfolgt immer in der Gegend des Gekröseansatzes. Erscheint es nicht angängig, dass bei der beschriebenen Ausführung der Operation genau die Stelle des Gekröseansatzes getroffen werden kann, so wird eine Korrektion in der Weise erreicht, dass man durch Pronation oder Supination der die Scheere haltenden rechten Hand die Stelle des Gekröseansatzes aufsucht. Bei diesem Aufschlitzen der Därme ist gleichzeitig auf Farbe, Konsistenz, Geruch u. s. w. des Darminhaltes in den verschiedenen Darmabschnitten zu achten.

Sodann wird die durch Abspülen des Darminhaltes der Betrachtung zugänglich gemachte Darmschleimhaut auf ihre Beschaffenheit — Farbe, Blutgehalt, Kontinuität der Oberfläche oder Vorhandensein von Substanzverlusten u. s. w. — untersucht und schliesslich die Beschaffenheit der Einzeldrüsen und Drüsenhaufen sowie des Wurmfortsatzes genau festgestellt. Die Sektion des Mesenteriums findet vor der Darmsektion statt; dasselbe wird an seiner Wurzel abgeschnitten, auf den Teller glatt hingelegt und bezüglich seiner Farbe und Dicke untersucht; auch werden einige Durchschnitte angelegt, um das Verhalten der Arterien und Venen — ob ihre Lichtungen erhalten, ob Gerinsel vorhanden sind — sowie das Vorhandensein von Drüsen im Gekröse festzustellen.

Jetzt wird die untere Hohlvene entfernt und untersucht, desgleichen die Aorta. Besonders letztere ist von Wichtigkeit; es muss ihr Umfang in den verschiedenen Abschnitten, namentlich oberhalb und unterhalb des Abganges der drei grossen Baucharterien, ferner die Dicke der Wand, sowie die Beschaffenheit der inneren Oberfläche geprüft werden.

Endlich erfolgt eine Untersuchung der innerhalb der Leibeshöhle der Leiche sich befindenden Muskeln, insbesondere des Ileo-Psoas, sowie des knöchernen Beckens und der Wirbelsäule namentlich mit Rücksicht auf ihre Unversehrtheit.

[1]) Das Verfahren bei dem Verdachte einer **Vergiftung** erleidet nur in Bezug auf die innere Besichtigung eine Abänderung. Hier tritt eine veränderte, im Protokoll etwa mit den Worten: „Da der Verdacht einer Vergiftung vorliegt, so beginnt die B. Innere Besichtigung in der Bauchhöhle" zum Ausdruck zu bringende Reihenfolge der Sektion der Körperhöhlen ein. Nach Eröffnung der Bauchhöhle ist besonders genau auf etwa vorhandene Gase, auf Farbe und Lage der Eingeweide, abnormen Inhalt im Bauch, namentlich im kleinen Becken, Füllung der Blutgefässe u. s. w. zu achten.

Nachdem dann das Netz vom Magen entfernt ist, wird dieser am Mund und am Pförtner doppelt unterbunden. Zu diesem Zwecke isoliert man sich zunächst den Oesophagus, den man an seiner Durchtrittstelle durch das Zwerchfell aufsucht und am besten stumpf mit dem Zeigefinger der rechten Hand von seiner Umgebung löst; hierauf kann man mit einer Unterbindungsnadel oder auch manuell ohne jedes Instrument die bei einer doppelten Unterbindung nothwendigen Fäden unter das Organ bringen und die möglichst weit voneinander entfernten Ligaturen knüpfen. Die Unterbindung des Zwölffingerdarmes findet an der Grenze zwischen unterem horizontalen und absteigenden Theil statt; auch hier sind die Ligaturen möglichst weit, mindestens 3—4 cm von einander entfernt anzulegen. Ueber die Technik der Herausnahme des Magens und des Zwölffingergarmes gilt das oben bei der Magensektion Ausgeführte. Nach der Magensektion wird der Mageninhalt nebst dem Magen und dem anhaftenden Theil der Speiseröhre und des Zwölffingerdarmes in ein Gefäss gethan, (A) in welches auch später die Speiseröhre, nachdem diese nahe am Halse unterbunden und über der Ligatur durchschnitten wurde, zu bringen ist, ebenso auch der Inhalt des Leerdarmes für den Fall, dass wenig oder gar kein Mageninhalt vorhanden ist. In ein zweites Gefäss (Gefäss B) werden genügend grosse Theile der einzelnen Organe gethan. In das dritte Gefäss (Gefäss C) kommt der durch Katheter zu entleerende Urin. Für den Fall, dass von einer spektroskopischen Untersuchung des Blutes irgend ein Aufschluss erwartet werden kann, ist eine genügende Menge Blut in ein weiteres Gefäss (D) zu bringen. Im Uebrigen erfolgt die Sektion der anderen Bauchorgane nach den vorher gegebenen Grundsätzen.

sehen der oberen Baucheingeweide, ihre Lage und Ausdehnung, die Füllung ihrer Gefässe und der etwaige Geruch zu ermitteln.

In Bezug auf die Gefässe ist hier, wie an anderen wichtigen Organen, stets festzustellen, ob es sich um Arterien oder Venen handelt, ob auch die kleineren Verzweigungen oder nur Stämme und Stämmchen bis zu einer gewissen Grösse gefüllt sind, und ob die Ausdehnung der Gefässlichtung eine beträchtliche ist oder nicht.

Alsdann werden um den untersten Theil der Speiseröhre dicht über dem Magenmunde, sowie um den Zwölffingerdarm unterhalb der Einmündung des Gallenganges doppelte Ligaturen gelegt und beide Organe zwischen denselben durchschnitten. Hierauf wird der Magen mit dem Zwölffingerdarm im Zusammenhange herausgeschnitten, wobei jede Verletzung derselben sorgfältig zu vermeiden ist. Die Oeffnung geschieht in der im § 21 angegebenen Weise.

Es wird sofort der Inhalt nach Menge, Konsistenz, Farbe, Zusammensetzung, Reaktion und Geruch bestimmt und in ein reines Gefäss von Porzellan oder Glas gethan.

Sodann wird die Schleimhaut abgespült und Dicke, Farbe, Oberfläche. Zusammenhang untersucht, wobei sowohl dem Zustande der Blutgefässe, als auch dem Gefüge der Schleimhaut besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und jeder Hauptabschnitt für sich zu behandeln ist. Ganz besonders ist festzustellen, ob das vorhandene Blut innerhalb von Gefässen enthalten oder aus den Gefässen ausgetreten ist, ob es frisch oder durch Fäulniss oder Erweichung (Gährung) verändert und in diesem Zustande in benachbarte Gewebe eingedrungen (imbibirt) ist. Ist es ausgetreten, so ist festzustellen, wo es liegt, ob auf der Oberfläche oder im Gewebe, ob es geronnen ist oder nicht u. s. w.

Endlich ist besondere Sorgfalt zu verwenden auf die Untersuchung des Zusammenhanges der Oberfläche, namentlich darauf, ob Substanzverluste, Abschürfungen (Erosionen), Geschwüre vorhanden sind. Die Frage, ob gewisse Veränderungen möglicherweise durch den natürlichen Gang der Zersetzung nach dem Tode, namentlich unter Einwirkung gährenden Mageninhalts, zu Stande gekommen sind, ist stets im Auge zu behalten.

Nach Beendigung dieser Untersuchung werden der Magen und der Zwölffingerdarm in dasselbe Gefäss mit dem Mageninhalt (s. oben) gethan und dem Richter zur weiteren Veranlassung übergeben. In dasselbe Gefäss ist auch später die Speiseröhre, nachdem sie nahe am Halse unterbunden und über der Ligatur durchschnitten worden, nach vorgängiger anatomischer Untersuchung, sowie in dem Falle, dass wenig Mageninhalt vorhanden ist, der Inhalt des Leerdarms zu bringen.

Endlich sind auch andere Substanzen und Organtheile, wie Blut, Harn, Stücke der Leber, der Niere u. s. w. aus der Leiche zu entnehmen und dem Richter abgesondert zur weiteren Veranlassung zu übergeben. Der Harn ist für sich in einem Gefässe zu bewahren, Blut nur in dem Falle, dass von einer spektralanalytischen Untersuchung ein besonderer Aufschluss erwartet werden kann. Alle übrigen Theile sind zusammen in ein Gefäss zu bringen.

Jedes dieser Gefässe wird verschlossen, versiegelt und bezeichnet.

Ergiebt die Betrachtung mit blossem Auge, dass die Magenschleimhaut durch besondere Trübung und Schwellung ausgezeichnet ist, so ist jedesmal und zwar möglichst bald eine mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut, namentlich mit Bezug auf das Verhalten der Labdrüsen, zu veranstalten.

Auch in den Fällen, wo sich im Mageninhalt verdächtige Körper, z. B. Bestandtheile von Blättern oder sonstige Pflanzentheile, Ueberreste von thierischer

Nahrung, finden, sind dieselben einer mikroskopischen Untersuchung zu unterwerfen.

Bei Verdacht einer Trichinenvergiftung hat sich die mikroskopische Untersuchung zunächst mit dem Inhalt des Magens und des oberen Dünndarms zu beschäftigen, jedoch ist zugleich ein Theil der Muskulatur (Zwerchfell, Hals- und Brustmuskeln) zur weiteren Prüfung zurückzulegen.

§. 23. Bei den Obduktionen Neugeborner sind ausser den oben angeführten allgemeinen Vorschriften noch folgende besondere Punkte zu beachten:

Es müssen erstens die Zeichen ermittelt werden, aus welchen auf die Reife und die Entwicklungszeit des Kindes geschlossen werden kann.

Dahin gehören: Länge und Gewicht des Kindes, Beschaffenheit der allgemeinen Bedeckungen und der Nabelschnur [1]), Länge und Beschaffenheit der Kopfhaare, Grösse der Fontanellen, Länge-, Quer- und Diagonal-Durchmesser des Kopfes, Beschaffenheit der Augen (Pupillarmembran) [2]), der Nasen- und Ohrknorpel, Länge und Beschaffenheit der Nägel [3]), Querdurchmesser der Schultern und Hüften, bei Knaben die Beschaffenheit des Hodensacks und die Lage der Hoden, bei Mädchen die Beschaffenheit der äusseren Geschlechtstheile [4]).

Endlich ist noch zu ermitteln, ob und in welcher Ausdehnung in der unteren Epiphyse des Oberschenkels ein Knochenkern vorhanden ist. Zu diesem Behuf wird das Kniegelenk durch einen unterhalb der Kniescheibe verlaufenden Querschnitt geöffnet, die Extremität im Gelenke stark gebeugt und die Kniescheibe entfernt. Alsdann werden dünne Knorpelschichten so lange abgetragen bis man auf den grossen Quer-Durchmesser des etwa vorhandenen Knochenkerns gelangt, welcher nach Millimetern zu messen ist. [5])

Ergiebt sich aus der Beschaffenheit der Frucht, dass dieselbe vor Vollendung der dreissigsten Woche geboren ist, so kann von der Obduktion

---

[1]) Die Beschaffenheit des Nabelschnurrestes ist besonders darauf hin zu untersuchen, ob eine theilweise Abtrennung zwischen Hautnabel und Nabelschnur bereits eingetreten ist, sowie welche Beschaffenheit die Trennungsflächen haben, ob glatt, uneben, fetzig, ob die Unterbindung des Nabelstranges irgend welche Eigenthümlichkeiten besitzt u. s. w.

[2]) Eine Prüfung der Pupillarmembran durch eine einfache Besichtigung ist ein Unding; dieselbe kann vielmehr nur dann erfolgen, wenn die Regenbogenhaut aus dem Auge entfernt und der mikroskopischen Betrachtung zugänglich gemacht ist. Dies geschieht in der Weise, dass das Auge zunächst exenterirt wird, sodann wird durch Scherenschläge der Augapfel in eine vordere und hintere Hälfte gespalten und nunmehr die vordere Hälfte in einer mit Wasser gefüllten Schale mit Zuhülfenahme einer Präparirnadel von der Iris befreit, die im Wasser schwimmend sofort auf den Objektträger gebracht werden kann. Erst das Vorhandensein der für die Pupillarmembran charakteristischen arkadenförmigen Gefässe beweist, dass noch thatsächlich eine die Pupille ausfüllende Membran vorhanden ist.

[3]) Festzustellen ist, ob die Nägel die Finger- bezw. Zehenspitzen erreichen oder überragen.

[4]) Abgesehen von den Zeichen der Reife ist nebenbei auch zu bestimmen, wie sich die einzelnen Körperabschnitte verhalten, z. B. ob fremde Körper im Mund, Nase und Ohr, oder ob Verletzungen u. s. w. vorhanden sind.

[5]) Behufs Untersuchung der unteren Epiphyse des Ober-Schenkels auf das Vorhandensein eines Knochenkernes hat man sich nicht mit dessen Nachweis zu begnügen, sondern die Abtragung der feinen Knorpelscheiben solange fortzusetzen, bis der Knochenkern wieder verschwunden ist, da man nur so mit Gewissheit dessen grössten Durchmesser feststellen kann.

Abstand genommen werden, wenn dieselbe nicht von dem Richter ausdrücklich gefordert wird [1]).

§ 24. Ist anzunehmen, dass das Kind nach der dreissigsten Woche geboren worden, so muss zweitens untersucht werden, ob es in oder nach der Geburt geathmet hat. Es ist deshalb die Athemprobe anzustellen und zu diesem Zweck in nachstehender Reihenfolge vorzugehen.

a) Schon nach Oeffnung der Bauchhöhle [2]) ist der Stand des Zwerchfells in Bezug auf die entsprechende Rippe zu ermitteln, weshalb bei Neugeborenen überall die Bauchhöhle zuerst und für sich, und dann erst die Brust- und Kopfhöhle zu öffnen sind.

b) Vor Oeffnung der Brusthöhle ist die Luftröhre oberhalb des Brustbeins einfach zu unterbinden.

c) Demnächst ist die Brusthöhle zu öffnen und die Ausdehnung und die von derselben abhängige Lage der Lungen (letztere namentlich in Beziehung zum Herzbeutel, sowie die Farbe und Konsistenz der Lungen zu ermitteln.

d) Der Herzbeutel ist zu öffnen [3]) und sowohl sein Zustand, als die äussere Beschaffenheit des Herzens festzustellen.

e) Die einzelnen Abschnitte des Herzens sind zu öffnen, ihr Inhalt ist zu bestimmen und ihr sonstiger Zustand festzustellen.

f) Der Kehlkopf und der Theil der Luftröhre oberhalb der Ligatur ist durch einen Längsschnitt zu öffnen [4]) und sein etwaiger Inhalt, sowie die Beschaffenheit seiner Wandungen festzustellen.

g) Die Lufröhre ist oberhalb der Ligatur zu durchschneiden und in Verbindung mit den gesammten Brustorganen herauszunehmen.

h) Nach Beseitigung der Thymusdrüse und des Herzens ist die Lunge in einem geräumigen, mit reinem kalten Wasser gefüllten Gefäss auf ihre Schwimmfähigkeit zu prüfen.

i) Der untere Theil der Luftröhre und ihre Verzweigungen sind zu öffnen und namentlich in Bezug auf ihren Inhalt zu untersuchen.

k) In beide Lungen sind Einschnitte zu machen, wobei auf etwa wahrzunehmendes knisterndes Geräusch, sowie auf Menge und Beschaffenheit des bei gelindem Druck auf diese Schnittflächen hervorquellenden Blutes zu achten ist [5]).

---

[1]) Also wenn die Frucht eine Länge von 37,5 cm. noch nicht erreicht hat. Es empfiehlt sich jedoch, von der im §. 23 Abs. 5 vorgesehenen Erlaubniss zur Abstandnahme von der Obduktion nicht zu ausgiebigen Gebrauch zu machen, sondern die innere Besichtigung in der Regel an die äussere anzuschliessen.

[2]) Bei dem Schnitt zur Eröffnung der Bauchhöhle ist besonders auf eine Ermittelung des Zustandes der Nabelarterien und der Nabelvene zu achten, ob Gerinnungen vorhanden oder ihre Lichtungen leer oder mit flüssigem Blute gefüllt sind.

[3]) Vorher ist die Brustdrüse (Thymus) zu entfernen und in Bezug auf Grösse, Gestalt, Farbe, Konsistenz und Durchschnitt zu untersuchen. Das Gewicht der Brustdrüse beträgt in den ersten 9 Monaten 9—33 g, ihre Länge 3,3—9,0 cm, in den folgenden 15 Monaten 23—36 g und 3,2—21,0 cm. Nach dem 2. Jahre bleibt die Brustdrüse im Wachsthum zurück und verschwindet im Allgemeinen zur Zeit der Pubertät.

[4]) Die Eröffnung des Kehlkopfes und der Luftröhre oberhalb der Unterbindung geschieht am besten durch einen Scheerenschnitt von vorn her bis über das Zungenbein hinaus, um etwaigen abnormen Inhalt — Fruchtschleim, Kindspech u.s.w. — zu ermitteln, der dann mikroskopisch genau zu untersuchen ist.

[5]) Nunmehr erfolgt die eigentliche Sektion der Lunge, die von weniger Erfahrenen gar nicht selten in dem Bestreben, nur die Schwimmfähigkeit der Lunge in kunstgerechter Weise zu prüfen, versäumt wird.

l. Die Lungen sind auch unterhalb des Wasserspiegels einzuschneiden um zu beobachten, ob Luftbläschen aus den Schnittflächen emporsteigen.

m) Beide Lungen sind zunächst in ihre einzelnen Lappen, sodann noch in einzelne Stückchen zu zerschneiden und alle insgesammt auf ihre Schwimmfähigkeit zu prüfen.

n) Der Schlund ist zu öffnen und sein Zustand festzustellen[1]).

Endlich ist

o) falls sich der Verdacht ergiebt, dass die Lunge wegen Anfüllung ihrer Räume mit krankhaften (Hepatisation) oder fremden (Kindsschleim, Kindspech) Stoffen Luft aufzunehmen nicht im Stande war, eine mikroskopische Untersuchung derselben vorzunehmen[2])[3]).

Man betrachtet zu diesem Behufe zunächst die Oberfläche der linken Lunge, stellt die Farbe, Konsistenz, Grösse der Lungenläppchen, Beschaffenheit des Niveaus der Oberfläche u. s. w. fest und macht dann einen Einschnitt in die einzelnen Lappen und zwar am besten in jeden Lappen für sich. Es ist anzuraten, sofort nach dem Einschneiden in die Lunge in vorsichtiger Weise die Messerklinge herauszustreichen und den an ihr haftenden Gewebssaft auf das Vorhandensein von Luftblasen zu prüfen. Wurde die Manipulation vorsichtig vorgenommen, dann ist das Vorhandensein oder Fehlen von Luftblasen in der Gewebsflüssigkeit ein wichtiges Glied in der Kette der Beweise, welche sich auf die stattgehabte Athmung des Kindes beziehen. Man wird alsdann die Schnittfläche genau besichtigen und den Blutgehalt des Organs ermitteln, hierauf die Schnittfläche vom Blut reinigen und etwaige Veränderungen des Lungengewebes feststellen. Nunmehr wird man auch die Lunge unter Wasser einschneiden, nachdem man vorher noch festgestellt hat, ob und welche Gewebsflüssigkeit nach einem geringen Druck auf die Schnittfläche austritt. Bei dem Einschnitt unter Wasser aufsteigende Perlbläschen sind wichtig und ihr Erscheinen ist im Protokoll zu vermerken. Schliesslich wird die Lunge in ihre Lappen zerschnitten und jeder Lappen für sich auf seine Schwimmfähigkeit geprüft, sodann jeder Lappen wiederum in eine Reihe kleinster Stücke, mit denen ebenso verfahren wird. Genau in derselben Weise findet die Untersuchuug der rechten Lunge statt.

[1]) Für die Sektion der Halsorgane empfiehlt sich eine im Regulativ nicht beschriebene Modifikation, deren Grundgedanke darin besteht, dass sich bei einer Reihe von Fällen von Kindesmord im Rachen oder unter der Zunge Verletzungen vorfinden, welche durch die gewöhnliche Sektionsmethode theils direkt zerstört, theils der Betrachtung nicht in ausreichender Weise zugänglich gemacht werden. Man verfährt deshalb zweckmässiger Weise folgendermassen: Zunächst wird der grosse Hautschnitt über das Kinn hinaus bis in den Mund der Leiche verlängert; die Weichtheile des Unterkiefers werden von diesem abpräpariert. Nachdem sodann der bekannte Orientirungsschnitt zwischen Kehlkopf und Halsgefässen angelegt ist, durchsticht man an der Innenseite des horizontalen Unterkieferastes nahe am Unterkieferwinkel mit einem spitzen Messer die Weichtheile und durchtrennt dann mit einer Knochenscheere beiderseits die horizontalen Unterkieferäste. Der Einblick, den man nunmehr in die Mundhöhle bekommt, ist frappirend und macht ein Uebersehen etwaiger Verletzungen fast unmöglich.

[2]) Ueber die von vielen Gerichtsärzten geschätzte Breslau'sche Magendarm-Schwimmprobe sagt das Regulativ nichts, es wird sich aber doch in einer Reihe von Fällen empfehlen, die Anstellung der Probe nicht zu unterlassen. Zu diesem Zwecke ist bei Beginn der Bauchhöhlensektion sofort der Magenmuud zu unterbinden, hierauf der Magen mit dem vom Ligamentum hepato-duodenale und vom Pankreas zu trennenden Zwölffingerdarm heraus zu nehmen, ebenso der übrige Darm. Nachdem alsdann der Dickdarm in der Gegend der S-förmigen Krümmung vor der Herausnahme noch einfach zu unterbinden ist, werden Magen und Darm in ein Gefäss mit kaltem, reinem Wasser gethan, um zu ermitteln, ob und welche Theile von ihnen schwimmen und welche nicht. Für die Beurtheilung der Dauer des Lebens ist gerade die letztere Feststellung von nicht zu unterschätzendem Werth. An die Breslau'sche Magendarm-Schwimmprobe hat sich hierauf sofort die Sektion von Magen und Darm anzuschliessen und an diese die Sektion von Milz, linker Niere, rechter u. s. w.

[3]). In Bezug auf die Sektion der Kopfhöhle bei Neugeborenen ist zu bemerken, dass bei Durchtrennung der weichen Kopfbedeckungen ganz be-

§. 25. Schliesslich wird den Obduzenten zur Pflicht gemacht, auch alle in dem Regulativ nicht aufgeführten Organe, falls sie an denselben Verletzungen oder sonstige Regelwidrigkeiten finden, zu untersuchen.

§. 26. Der Gerichts- (Kreis-) Wundarzt, beziehungsweise der zugezogene zweite Arzt, hat die Verpflichtung, nach beendigter Obduktion und nach der soweit als möglich erfolgten Beseitigung der Abgänge, die kunstgerechte Schliessung der geöffneten Körperhöhlen zu bewirken.

III. Abfassung des Obduktious-Protokolls und des Obduktions-Berichts.

§. 27. Ueber alles, die Obduktion Betreffendende wird an Ort und Stelle von dem Richter ein Protokoll aufgenommen (Obduktions-Protokoll).

Der Physikus (Gerichtsarzt) hat dafür zu sorgen, dass der technische Befund in allen seinen Theilen, wie er von den Obduzenten festgestellt worden, wörtlich in das Protokoll aufgenommen werde.

Der Richter ist zu ersuchen, dies so geschehen zu lassen, dass die Beschreibung und der Befund jedes einzelnen Organs aufgezeichnet ist, bevor zur Untersuchung eines folgenden geschritten wird.

§. 28. Der den technischen Befund ergebende Theil des Obduktions-Protokolls muss von dem Physikus (Gerichtsarzt) deutlich, bestimmt und auch dem Nichtarzt verständlich angegeben werden. Zu letzterem Zweck sind namentlich bei der Bezeichnung der einzelnen Befunde fremde Kunstausdrücke, [1]) soweit es unbeschadet der Deutlichkeit möglich ist, zu vermeiden.

Die beiden Haupt-Abtheilungen — die äussere und innere Besichtigung — sind mit grossen Buchstaben (A und B), die Abschnitte über die Oeffnungen der Höhlen in der Reihenfolge, in welcher dieselben stattgefunden, mit römischen Zahlen (I, II.), die der Brust- und Bauchhöhle aber unter Einer Nummer zu bezeichnen. In dem Abschnitte, welcher die Brust- und Bauchhöhle umfasst, sind zunächst die allgemeinen, in dem letzten Absatze des §. 18

---

sonders auf Blutungen, sowie auf Länge, Grösse, Dicke und Farbe der Kopfgeschwulst zu achten ist. Die Eröffnung der Schädelhöhle kann entweder in der Weise stattfinden, dass man in einer Naht, etwa der Stirnnaht zwischen den beiden Stirnhöckern einen Einstich macht und von hier aus mit der Knochenscheere das Schädeldach durchtrennt, um es nachher mit der anhaftenden harten Hirnhaut nach Durchtrennnung der Hirnsichel abzuheben, oder man kann auch die einzelnen Kopfknochen jeden für sich mit der Scheere resp. Knochenschere abtrennen und gesondert untersuchen. Eine Betrachtung des knöchernen Schädeldaches des Neugeborenen hat einherzugehen mit einer Ablösung der Knochenhaut sowie der harten Hirnhaut, um besonders Blutergüsse zwischen beiden und dem Knochen oder Knochenlücken oder endlich Knochenbrüche mit unumstösslicher Sicherheit feststellen zu können.

Das Gehirn Neugeborener hat in der Regel so weiche, breiartige Konsistenz, dass eine genaue Untersuchung unmöglich wird, und oft nur der allgemeine Blutgehalt bestimmt werden kann, sowie ob grössere Blutergüsse in dasselbe stattgefunden haben. Ist die Konsistenz hingegen eine festere, so muss die Obduktion des Gehirns in legaler Weise vorgenommen werden. In der Regel wird man jedenfalls auch bei weicherer Konsistenz des Gehirns feststellen können, ob in den einzelnen Schädelgruben sich intermeningeal frei ergossenes Blut vorfindet; es ist dies ein Befund, der übrigens sofort bei der Herausnahme des Gehirns zu erheben ist, wenn man nicht durch Verunreinigungen des Sektionsfeldes mit Blut irre geführt werden will.

Eine Sektion des Mittelohres, auf welche bei Nengeborenen früher ein gewisser Werth gelegt wurde, ist, wenn nicht besondere Gründe vorliegen, im allgemeinen überflüssig.

[1]) Siehe Anmerkung 3 auf S. 37.

erwähnten Befunde, sodann unter a und b die Befunde an den Organen der Brusthöhle, beziehungsweise an denen der Bauchhöle darzulegen.

Dass Ergebniss der Untersuchung jedes einzelnen Theils ist unter eine besondere. mit arabischen Zahlen zu bezeichnende Rubrik zu bringen. Die Zahlen laufen von Anfang bis zum Schluss des Protokolls fort.

Die Befunde müssen überall in genauen Angaben des thatsächlich Beobachteten, nicht in der Form von blossen Urtheilen (z. B. „entzündet", „brandig", „gesund", „normal", „Wunde", Geschwür" und dergleichen) zu Protokoll gegeben werden. Jedoch steht es den Obduzenten frei, falls es es ihnen zur Deutlichkeit nothwendig erscheint, der betreffenden Angabe des thatsächlich Beobachteten derartige Bezeichnungen in Klammern beizufügen.

In jedem Falle muss eine Angabe über den Blutgehalt jedes einzelnen wichtigen Theiles und zwar auch hier eine kurze Beschreibung und nicht blos ein Urtheil (z. B. „stark", „mässig", „ziemlich", „sehr geröthet", „blutreich", „blutarm") gegeben werden. Bei der Beschreibung sind der Reihe nach die Grösse, die Gestalt, die Farbe und die Konsistenz der betreffenden Theile anzugeben, bevor dieselben zerschnitten werden.

§. 29. Am Schluss der Obduktion haben die Obduzenten ihr vorläufiges Gutachten über den Fall summarisch und ohne Angabe der Gründe zum Protokoll zu geben.

Sind ihnen aus den Akten oder sonst besondere, den Fall betreffende Thatsachen bekannt, welche auf das abgegebene Gutachten Einfluss ausüben, so müssen auch diese kurz erwähnt werden.

Legt ihnen der Richter besondere Fragen vor, so ist in dem Protokoll ersichtlich zu machen, dass die Beantwortung auf Befragen des Richters erfolgt.

Auf jeden Fall ist das Gutachten zuerst auf die Todesursache, und zwar nach Massgabe desjenigen, was sich aus dem objektiven Befunde ergiebt, nächstdem aber auf die Frage der verbrecherischen Veranlassung zu richten.

Ist die Todesursache nicht aufgefunden worden, so muss dies ausdrücklich angegeben werden. Niemals genügt es zu sagen, der Tod sei aus innerer Ursache oder aus Krankheit erfolgt; es ist vielmehr die letztere anzugeben.

In Fällen, wo weitere technische Untersuchungen nöthig sind oder wo zweifelhafte Verhältnisse vorliegen, ist ein besonderes Gutachten mit Motiven ausdrücklich vorzubehalten.

§. 30. Zeigen sich an der Leiche Verletzungen, welche muthmasslich die Ursache des Todes gewesen, und ist der Verdacht vorhanden, dass ein vorgefundenes Werkzeug bei Zufügung der Verletzungen benutzt worden, so haben die Obduzenten auf Erfordern des Richters beide zu vergleichen und sich darüber zu äussern, ob und welche Verletzungen mit dem Werkzeuge bewirkt werden konnten und ob und welche Schlüsse (aus der Lage und der Beschaffenheit der Verletzung) auf die Art, wie der Thäter, und auf die Kraft, mit der er verfahren, zu ziehen seien.

Werden bestimmte Werkzeuge nicht vorgelegt, so haben sich die Obduzenten, soweit dies dem Befunde nach möglich ist, über die Art der Entstehung der Verletzungen, beziehungsweise über die Beschaffenheit der dabei in Anwendung gekommenen Werkzeuge zu äussern.

§. 31. Wird von den Obduzenten ein Obduktions-Bericht (motivirtes Gutachten) erfordert, so ist derselbe in folgender Form zu erstatten:

Es wird, unter Fernhaltung unnützer Formalien, mit einer gedrängten, aber genauen Ceschichtserzählung des Falls, wenn und soweit sie auf Grund

einer Kenntnissnahme der einzusehenden Verhandlungen möglich ist, unter Angabe der Aktenfolien begonnen. Sodann wird das Obduktions-Protokoll, jedoch nur soweit, als sein Inhalt für die Beurtheilung der Sache wesentlich ist, wörtlich und mit den Nummern des Protokolls, aufgenommen; dabei ist auf etwaige Abweichungen von demselben ausdrücklich aufmerksam zu machen.

Die Fassung des Obduktions-Berichts muss bündig und deutlich sein und die Begründung des Gutachtens so entwickelt werden, dass sie auch für den Nichtarzt verständlich und überzeugend ist. Es haben sich die Obduzenten daher möglichst deutscher Ausdrücke und allgemein fasslicher Wendungen zu bedienen. Besondere Beziehungen auf literarische Quellen sind in der Regel zu unterlassen.

Wenn den Obduzenten für ihre Begutachtung richterlicherseits bestimmte Fragen vorgelegt werden, so haben sie dieselben vollständig und möglichst wörtlich zu beantworten oder die Gründe anzuführen, aus welchen dies nicht möglich gewesen.

Der Obduktions-Bericht muss von beiden Obduzenten unterschrieben und, wenn ein Physikus die Obduktion mit vorgenommen hat, mit dessen Amtssiegel versehen werden.

Jeder erforderte Obduktions-Bericht muss von den Obduzenten spätestens innerhalb vier Wochen eingereicht werden.

In dem vorstehenden Regulativ mit seinen genauen und sorgfältig durchdachten Vorschriften besitzen wir für die Ausführung der Sektion eine Richtschnur, die frei von lästigem Zwang doch einen bestimmten Anhalt giebt, nach dem sich ein jeder richten kann. Sklavisches, schematisches Festhalten an die Einzelvorschriften ist deshalb keineswegs erforderlich, sondern im Gegentheil verpönt; man soll auch hier individualisiren und kann, wenn es nach der Sachlage geboten erscheint, ruhig einmal eine andere Reihenfolge in der Sektion oder eine andere Schnittführung wählen. Nur der Gesammtgang, das Hauptprinzip der Sektion soll nie ausser Acht gelassen werden: Erst betrachten, dann schneiden; erst die Organe im Zusammenhang und in ihrer Togographie beurtheilen, dann den Zusammenhang lösen, jedes einzelne Organ für sich herausnehnen und untersuchen.

In den zu dem Regulativ gegebenen Erläuterungen dürften die bei den meisten gerichtlichen Sektionen den untersuchenden Arzt am meisten interessirenden Punkte berücksichtigt sein. Selbstverständlich konnten nicht alle Punkte, auf die überhaupt zu achten ist, erwähnt werden; denn das hiesse soviel, wie eine pathologische oder deskriptive Anatomie schreiben und würde weit über Rahmen und Zweck des vorliegenden Buches hinausgehen.

Von nicht geringer Bedeutung ist bei gerichtlichen Sektionen auch die **Ermittelung der Nebenumstände des Falles.** In der Regel wird der untersuchende Gerichtsarzt von dem bei der Sektion anwesenden Richter bezw. aus den an Ort und Stelle befindlichen Akten schon vor der Sektion einige Gesichtspunkte erfahren, um welche es sich in dem vorliegenden Falle besonders handelt. Dadurch ist von vornherein

häufig eine ganz bestimmte Direktive gegeben, um mit Vortheil die einzelnen Befunde gegen einander abzuwägen; deshalb giebt auch das Regulativ im § 10 ausdrücklich die Befugniss, den Richter erforderlichen Falls rechtzeitig zu ersuchen, dass vor der Obduktion der Ort, wo die Leiche gefunden ist, in Augenschein genommen, die Lage, in der sie gefunden, ermittelt und den Obduzenten auch Gelegenheit gegeben wird, die Kleidungsstücke, die der Verstorbene bei seinem Auffinden getragen hat, zu besichtigen.

Es lässt sich nicht leugnen, dass von den richterlichen Behörden meist demgemäss verfahren und ein Gerichtsarzt eo ipso bei unaufgeklärten Todesfällen und dergl. bereits bei der Auffindung der Leiche hinzugezogen wird, um seine gerichtsärztliche Erfahrung in den Dienst der Sache zu stellen. Allein dies geschieht nicht überall; denn leider glauben manche Richter, insbesondere Kriminalisten, der gerichtsärztlichen Hülfe entbehren zu können; sie halten sich eben selbst gerichtsärztlich für soweit vorgeschult, dass sie im Stande sind, die erforderlichen Schlussfolgerungen zu ziehen. Es ist dies als ein erheblicher Missstand zu betrachten, der zu den schwersten, nicht wieder gut zu machenden Schädigungen bezüglich der Klärung des Falles führen kann. Bekannt ist der Fall, wo in einer unserer grossen Städte die Kriminalpolizei einen Mord durch Stich mit einer Feile vermuthete und überall nach Inhabern bestimmt gebauter Feilen suchte, während es sich nach zwei Tagen bei der anberaumten gerichtlichen Obduktion des Opfers in dem Augenblick, als der erste Gerichtsarzt die Leiche betrachtete, ohne weiteres herausstellte, dass nicht ein Stich mit einer Feile, sondern ein Schuss vorlag. Der Kriminalist ist eben kein Gerichtsarzt, und er soll es auch nicht versuchen, einer zu sein, ebenso, wie der Gerichtsarzt sich hüten muss, dem Kriminalisten ins Handwerk zu pfuschen.

Nicht selten wird der zugezogene ärztliche Sachverständige bereits bei der Besichtigung des Thatortes und der daselbst befindlichen Leiche wichtige Aufschlüsse zu geben in der Lage sein; ausserdem wird er durch die an Ort und Stelle geholten Informationen eine bessere Vorbereitung seines Gutachtens erlangen, als dies ohnedem der Fall wäre. Bei einer derartigen richterlichen Augenscheineinnahme ist zunächst auf die Stellung, in der die Leiche gefunden ist, zu achten; aus der Art und Weise der Totenstarre lässt sich ferner feststellen, ob es sich hier um eine gewöhnliche Totenstarre oder um eine kataleptische, die Stellung der Leiche im momento mortis wiedergebende Totenstarre handelt. Die Bedeutung eines derartigen Befundes ist, wie Jedermann einleuchtet, von ausserordentlicher Wichtigkeit. Der Gerichtsarzt wird ferner beurtheilen können, ob die Leiche bereits als solche dorthin gekommen ist, oder ob das betreffende Individuum hingefallen oder in eine abnorme Stellung gewaltsam hineingezwängt worden ist.

Nicht minder wichtig und für die gerichtsärztliche Beurtheilung so gut wie unumgänglich nothwendig ist die Kenntniss über die Vertheilung etwaiger Blutspuren am Thatorte. Man wird daher zu ermitteln suchen, ob die Blutspuren nach der einen oder der anderen Seite, oder nach allen Seiten hin von dem Verletzten aus wahrzunehmen sind. Die Blutspuren, die nach einer Seite hin aufgefunden werden, z. B. rechts von dem tötlich getroffenen Schädel der Leiche, weisen darauf hin, dass von dieser Seite besonders die Schläge auf das Opfer eingedrungen sind; während Blutspuren, die nach allen Seiten hin wahrnehmbar sind, es wahrscheinlich machen, dass die Schläge von oben her auf das am Boden liegende Opfer gefallen sind. Auch die Gestalt der Blutstropfen ist von grosser Bedeutung. Sind die Blutstropfen direkt durch den Schlag aus der verletzten Stelle des Körpers auf Unterlage und Umgebung herausgespritzt, so wird man in der Regel runde oder ausgezogene und zwar mit der Spitze nach dem Opfer hinweisende Blutstropfen entdecken; sind sie so entstanden, dass das Blut von oben her auf die Umgebung herabfiel, so wird die Spitze der ausgezogenen Blutsspritzer nach oben zeigen. Selbstverständlich giebt es in dieser Hinsicht noch sehr viele andere Möglichkeiten, die hier nicht alle erwähnt werden können; wichtig ist z. B. auch die Beurtheilung der Bluspuren an beweglichen Gegenständen z. B. Wagen und ähnlichen. Es ist ein Fall bekannt, in dem von dem Angeklagten behauptet wurde, dass Verunglückung durch Sturz aus dem Wagen vorliege und darauf die vorhandenen Blutspuren zurückzuführen seien; allein die Blutspuren bewiesen, dass der Wagen nicht, wie es der Angeklagte behauptet hatte, im Moment des Unglücks umgestürzt war, sondern aus dem vertikalen Verlauf der angetrockneten Blutspuren ergab sich mit unumstösslicher Sicherheit, dass der Wagen erst umgestürzt worden war, nachdem die Blutspuren angetrocknet waren.

Auch das sei noch erwähnt, dass sich die Angaben eines Angeklagten an Ort und Stelle am besten kontrolliren und sich oft aus etwaigen Widersprüchen neue, für die Untersuchung werthvolle Anhaltspunkte gewinnen lassen.

Betreffs der zur Ergänzung des Sektionsbefundes etwa noch erforderlichen **mikroskopischen Untersuchungen** giebt das Regulativ ebenfalls die erforderlichen Vorschriften. Es empfiehlt im § 5 die Bereithaltung eines Mikroskopes mit mindestens 400maliger Vergrösserung und bestimmt sodann im § 11, dass in allen Fällen, in denen es zur sicheren Entscheidung eines zweifelhaften Befundes erforderlich ist, eine mikroskopische Untersuchung sofort bei der Sektion zu veranstalten ist, dass jedoch, wenn die äusseren Umstände dies unmöglich machen, die betreffenden Organtheile zurückzulegen, unter gerichtliche Obhut zu nehmen und so schnell als möglich einer nachträglichen Untersuchung zu unterwerfen sind. In dem darüber zu erstattenden Bericht ist die Zeit, zu welcher diese nachträgliche Untersuchung vorge-

nommen wurde, genau anzugeben. Ferner verlangt das Regulativ im § 19 die etwaige Untersuchung fremder Körper innerhalb der Luftwege und die mikroskopische Feststellung entzündlicher Prozesse der Herzmuskulatur, desgleichen im § 22 die Untersuchung des Magens und etwaigen verdächtigen Mageninhaltes, bei Vergiftung, sowie bei Trichinose Untersuchung des Magen- und Darminhaltes und gewisser Theile der Muskulatur. Schliesslich wird noch im § 24 von der mikroskopischen Untersuchung von hepatisirten oder Fremdkörper enthaltenden Lungen Neugeborener gesprochen. Selbstverständlich ist damit die Reihe der Möglichkeiten, in denen eine derartige Untersuchung anzustellen ist, nicht erschöpft.

Ob gleich bei oder nach der Sektion eine mikroskopische Untersuchung etwaiger krankhaft veränderter Organe stattzufinden hat, unterliegt dem Ermessen des Obduzenten; im Allgemeinen wird er jedoch vorziehen, in Ruhe nach der Sektion, im Besitz aller Reagentien und vor allen Dingen unterstützt durch das erforderliche gute Licht, die weitere Durchmusterung der asservirten Leichentheile vorzunehmen. Dieselbe hat zunächst die Feststellung der gewöhnlichen pathologisch-anatomischen Befunde zum Gegenstand und ist an den frischen Objekten vorzunehmen; denn nur dann ist eine Reihe von Veränderungen noch festzustellen, wie sie den Gerichtsarzt ganz besonders interessiren, z. B. trübe Schwellungen, Fettmetamorphosen und ähnliches mehr, Zustände, die sich bei durch Alkohol gehärteten Präparaten der Untersuchung entziehen. Die Präparation selbst erheischt bei derartigen Objekten keine anderen Direktiven als die pathologisch-anatomischer Objekte überhaupt[1]). Man wird mit Präparirnadel, Doppelmesser und Scheere sich die nothwendigen Präparate herstellen und dann nach pathologisch-anatomischen Grundsätzen untersuchen und deuten. Hat der Gerichtsarzt keine Zeit oder traut er sich nicht die erforderliche Uebung in der Anstellung derartiger Untersuchungen zu, so wird gewiss jedes pathologisch-anatomische Institut, insbesondere dasjenige, dem er seine Ausbildung verdankt, sowie die Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde der Berliner Universität die Untersuchung übernehmen und umgehend das Resultat mittheilen. Selbstverständlich würde dann, wenn der Auftrag nicht gleich direkt vom Gericht ertheilt ist, nachträglich ein Gutachten von dem betreffenden Institute auf Antrag des Obduzenten eingefordert werden müssen, da nur das Institut oder dessen Leiter oder wer sonst die Untersuchung angestellt hat, dem Gericht gegenüber für den Ausfall verantwortlich ist.

Abgesehen von den pathologisch-anatomischen Untersuchungen werden mikroskopische Untersuchungen auch sonst noch häufig erforderlich, z. B. zum Nachweis von Sand in den Luftröhrenästen eines in der Erde Verschütteten, von Milch oder Erbrochenem in den Luftröhrenästen eines

[1]) Vgl. hierüber O. Israel: Prakticum der patholog. Histologie; 2. Aufl. Berlin 1893; Verlag von A. Hirschwald. J. Orth: Pathol. anat. Diagnostik; 5. Aufl. Berlin 1894; ebendaselbst.

beim Brechakt erstickten Säuglings, von den charakteristischen Krystallen der arsenigen Säure oder der Oxalsäure im Magen der damit vergifteten Personen u. s. w. Alles dies und noch vieles Andere kann Gegenstand einer gerichtsärztlichen mikroskopischen Untersuchung werden, nicht zu vergessen die Untersuchungen verdächtiger Blutspuren oder von Haaren, die besonders besprochen werden sollen (s. S. 87).

Von **spektroskopischen Untersuchungen,** die selbstverständlich auch Sache des Gerichtsarztes sind, möge hier nur so viel gesagt werden, dass auch sie am besten an asservirtem Blut in Ruhe nach der Sektion angestellt werden; man hat die Asservation im Protokoll zu vermerken und dann später in dem Bericht über den Befund auch das Datum und die Stunde der geschehenen Untersuchung anzugeben. Im Uebrigen wird in dieser Hinsicht auf den folgenden Abschnitt (B) verwiesen.

Das über jede Leichenuntersuchung aufzunehmende **Obduktionsprotokoll** ist ein offizielles, durch einen vom Gericht gestellten Protokollanten niedergeschriebenes; findet doch die gerichtliche Sektion als ein Termin statt, zu dem der Gerichtsarzt als Sachverständiger geladen ist. Der Eingang des Protokolls wird von dem Richter, der technische Befund von dem Gerichtsarzt diktirt. Ueber die dabei einzuhaltende Form giebt das Regulativ (s. § 28; S. 79) ebenfalls genaue Vorschriften, die einzuhalten sind, jedoch stets unter Berücksichtigung der Eigenthümlichkeiten des Einzelfalls. Um nichts Wichtiges zu übersehen, hat man es sich zur Regel zu machen, dass, wenn es sich um die Beschreibung der Oberfläche eines Organes handelt, stets anzugeben ist, ob diese feucht und glatt, glänzend und durchsichtig oder uneben, höckerig, trübe, undurchsichtig ist. Ferner ist die Grösse der Organe (Länge, Breite und Höhe in Zentimentern), bezw. die Dicke ihrer Wandungen anzugeben. Besonderer Werth ist ferner auf die Beschreibung ihrer Gestalt zu legen, wie sich die Ränder verhalten, ob sie scharf oder plump sind, oder ob überhaupt in der Konfiguration des ganzen Organes auffallende Verhältnisse zu registriren sind. Betreffs der Beschreibung der Farbe eines Organs ist zu beachten, ob diese bei allen Teilen des Organs die gleiche ist, oder ob nicht etwa bei einzelnen Theilen Unterschiede in der Färbung zu konstatiren sind. Hierbei ist übrigens nicht ausser Acht zu lassen, dass ikterische Färbungen bei Licht nicht zu sehen sind und demgemäss den Obduzenten bei künstlicher Beleuchtung eventuell ein sehr wichtiger Befund entgehen kann. Weiterhin ist stets die Konsistenz jedes Organs zu beschreiben, ob sie derb oder so weich ist, dass Fingereindrücke bestehen bleiben u. s. w. Auch die Beschaffenheit eines durch jedes Organ zu machenden Durchschnitts ist zu schildern und zwar sowohl vor, als nach der Abspülung mit Wasser: ob sich auf demselben viel Blut findet oder nur aus einigen zerschnittenen Gefässen Blut herausquillt; ob sonst Gewebsflüssigkeiten auf der Schnittfläche vorhanden sind, wie die durch den Schnitt freigelegten Acini beschaffen

sind u. s. w. Bei der Beschreibung des Blutgehaltes der Arterien und Venen ist stets zu unterscheiden, ob sie leer oder bis zur halben oder vollen Rundung gefüllt sind, ob sich die Füllung nur auf ihre Hauptäste oder auch auf ihre mittleren oder bis in ihre feinsten Verzweigungen hinein erstreckt.

Im Uebrigen ist es nicht die Aufgabe eines Obduzenten, jedes Organ wie bei einer Examensektion nach allen Richtungen hin genau zu beschreiben und nichts unerwähnt zu lassen, was sich überhaupt erwähnen lässt, sondern er muss mit dem richtigen Blick die wichtigsten Befunde des zu untersuchenden Organs herausgreifen und festlegen; er wird dies um so eher können, je mehr ihm die pathologischen Prozesse hierbei bekannt sind. Anderseits muss er sich stets daran erinnern, dass der Befund völlig objektiv und so genau anzugeben ist, dass eine Nachprüfung ohne weiteres möglich ist. Er hat sich deshalb auch jedes Urtheils zu enthalten; glaubt er ohne eine ein Urtheil in sich schliessende Bezeichnung nicht auskommen zu können, so ist das betreffende Wort hinter der Beschreibung eingeklammert beizufügen. Selbstverständlich hat der Gerichtsarzt bei der Fassung des Protokolls Fremdwörter zu vermeiden, da jenes auch für den Laien verständlich sein soll; insbesondere ist aber auf etwaige Schreibfehler zu achten, die sich der betreffende Gerichtsschreiber meist in grosser Menge zu Schulden kommen lässt (s. Anm. S. 30).

Im Anschluss an das Sektions-Protokoll geben die beiden Obduzenten sofort ihr **vorläufiges Gutachten** über den untersuchten Fall ab (§ 29 des Regulativs): 1. ob eine sichere, wahrscheinliche oder nur mögliche Todesursache gefunden ist, oder ob die Obduktion keinen Anhalt für die Todesursache geboten hat; 2. über die etwaige verbrecherische Veranlassung, z. B.: „die Sektion hat keinen Anhaltspunkt dafür gegeben, dass ein Dritter bei dem Tode betheiligt gewesen ist“ oder: „es widerspricht nichts der Annahme, dass der Untersuchte sich selbst erhängt hat“; 3. über die Beziehung bereits festgestellter Thatsachen zu dem Fall, z. B.: „der im Polizeibericht erwähnte Sturz war geeignet, die erwähnten Verletzungen hervorzurufen“; schliesslich erfolgt 4. die Beantwortung etwa von Richter gestellter Fragen, die stets mit den Worten einzuleiten ist: „Auf Befragen u. s. w.“

Bei der Sektion von neugeborenen Kindern hat sich das vorläufige Gutachten zuerst darüber auszusprechen, ob das untersuchte Kind reif und fähig war, das Leben ausserhalb der Mutter fortzusetzen; hierauf ist 2. die Frage zu beantworten, ob es gelebt und geatmet hat oder nicht. Erst dann folgt 3. das Urtheil über die eigentliche Todesursache und schliesslich 4. wodurch die Todesursache bedingt ist (schwerer Geburtsakt, stumpfe, seitens eines Dritten ausgeübte Gewalt und anderes mehr).

Ist der Fall durch die Sektion allein nicht genügend geklärt, sind noch besondere Erhebungen nothwendig, oder ist z. B. die Kenntniss der Krankheitsgeschichte erforderlich, so

haben die Obduzenten sich in ihrem vorläufigen Gutachten die Erstattung eines Obduktionsberichts, d. i. eines begründeten Gutachtens über den betreffenden Fall vorzubehalten. Das vorläufige Gutachten würde in solchem Falle etwa zu lauten haben:

1. Der Sektionsbefund hat eine bestimmte Todesursache nicht ergeben.

2. Der Sektionsbefund spricht nicht dagegen, dass der Untersuchte, wie im Polizeibericht gesagt wird, an Starrkrampf gestorben ist.

3. Es empfiehlt sich, die in den wohl verschlossenen Gefässen A, B und C asservirten, dem Gericht übergebenen Leichentheile auf die Anwesenheit von Strychnin untersuchen zu lassen.

4. Die Obduzenten behalten sich bis nach Kenntniss des Ergebnisses dieser Untersuchung sowie der sonstigen Umstände des Falles ein endgültiges Gutachten vor.

Die Abfassung dieses **Obduktionsberichtes** regelt sich genau nach den im Regulativ hierüber gegebenen Vorschriften. Er zerfällt in 3 Theile, Einleitung, Geschichtserzählung (A) und Gutachten (B). Die Einleitung enthält nur Angaben über die ersuchende Behörde, die Strafsache, und das zu erörternde Beweisthema. Die Geschichtserzählung zählt chronologisch die einzelnen Begebenheiten auf und endet mit der Wiedergabe der wichtigsten Nummern des Protokolls (z. B. 1. 3. 4. 10. 11. u. s. w.); zu bemerken ist hierbei noch, dass die wiedergegebenen Nummern nicht verboten und gleichlautend mit den Nummern des Protokolls zu sein brauchen, dass aber etwaige Kürzungen in der Wiedergabe zu bezeichnen sind (etwa „gekürzt" o. ä.). Das Gutachten endlich würdigt das zur Verfügung stehende Material ausführlich kritisch und spitzt sich schliesslich auf die Beantwortung der gestellten Fragen zu.

Dem vom ersten Obduzenten abgegebenen Gutachten tritt der zweite Obduzent bei oder er hat im Anschluss an dasselbe seine abweichende Ansicht zu äussern.

B. Forensischer Blutnachweis.

Verdächige Flecke auf Waffen, Kleidungsstücken u. s. w. werden dem Gerichtsarzt häufig zur Untersuchung unterbreitet, damit er feststellt, ob Blut vorhanden ist oder nicht. Bei dieser Untersuchung sind einmal die charakteristischen Form-Elemente des Blutes und zweitens der charakteristische Blutfarbstoff nachzuweisen; ersteres mit Hülfe des Mikroskopes, letzteres mit Hülfe von chemischen und spektroskopischen Methoden.

1. Nachweis der Form-Elemente des Blutes: An einem ganz frischen Blutfleck den Nachweis der Anwesenheit von Blut zu liefern, hat keine Schwierigkeit; man hat nur nöthig, einige Partikel in Kochsalzlösung unter das Mikroskop zu bringen, um die Form-Elemente alsbald zu erkennen. Auch ältere Blutflecke, die sich durch geringe Dicke auszeichnen, lassen sich nicht schwer als solche diagnostiziren, besonders wenn sie auf glatten, durchsichtigen Medien angetrocknet sind, z. B. auf Glasscherben, auf denen man dann wie in einem Deckglastrockenpräparat die Blutkörperchen nachzu-

weisen im Stande ist. Eine derartige Antrocknung bietet ausserdem, ebenso wie ganz frische Objekte, noch den Vortheil, dass man durch Messungen die Grösse der einzelnen Elemente feststellen kann; ein Umstand, der nicht nur gestattet, die Diagnose auf Blut zu stellen, sondern auch darauf, von welcher Thier-Spezies das Blut stammt. Es beträgt nämlich der Durchschnittsdurchmesser der rothen Blutkörperchen beim Menschen: 7,7 μ, beim Hund: 7 μ, beim Kaninchen und bei der Maus: 6,5 μ, beim Schwein: 6 μ, beim Rind: 5,7 μ, bei der Katze und beim Pferd: 5,5 μ, beim Schaf: 5 μ, bei der Ziege: 4 μ. Derartige Messungen können mit dem einfachen Okular-Mikrometer, besser aber und viel genauer mit dem Okular-Schraubenmikrometer bewirkt werden.

Schwieriger werden die Verhältnisse, sobald Blut, wenn auch zunächst noch in dünner Schicht, aber auf unebener Unterfläche angetrocknet oder in durchlässige Gewebe eingesogen ist. Zwar wird man durch vorsichtiges Abstreifen mit Messer oder Präparirnadel oder durch Zerzupfen noch die Form-Elemente darstellen können, aber die Eintrocknung ist, weil auf unebener Unterfläche erfolgt, ungleichmässig; eine Schlussfolgerung auf die ursprüngliche Grösse und damit auch auf die Quelle ist demgemäss schwieriger. Trocknet nun gar Blut in dicker Schicht ein, wie es nicht die Ausnahme, sondern die Regel bildet, so sind die Resultate einer Messung nur mit grosser Vorsicht zu verwerthen, zumal wenn derartige Untersuchungsobjekte der Sonnenbestrahlung, der Feuchtigkeit, der Wärme u. s. w. ausgesetzt gewesen sind. In dicker Schicht eingetrocknete Blutkörperchen sind geschrumpft und lassen einen Rückschluss auf ihre ursprüngliche Grösse um so weniger zu, als sie sich gegen einander pflastersteinartig abgeplattet und ihre runde Gestalt eingebüsst haben, so dass sich ein Durchmesser in diesen polygonartigen Gebilden nicht feststellen lässt. Es ist hier nur noch der Nachweis zu führen, dass Blut überhaupt vorliegt:

Löst man von einer solchen Schicht ein dünnes Splitterchen mit einem scharfen Messer oder ein kleines Stäubchen durch Abkratzen mit der Präparirnadel ab und setzt dann eine Zusatzflüssigkeit (Wasser, offizinelle Kalilauge, Hofmann-Pacini'sche Flüssigkeit [1 Th. Sublimat, 2 Th. Kochsalz, 100 Th. Glyzerin und 300 Th. Wasser] oder einige Tropfen des aus Glyzerin und wenig Schwefelsäure (auf 1 ccm Glyzerin etwa ein Tropfen Schwefelsäure) bestehenden Roussin'schen Reagens oder Formol mit Kalilauge zu gleichen Theilen (Puppe) zu, so erkennt man bald neben einzelnen und eventuell messbaren Blutkörperchen das Entstehen eines feinen Netzwerkes, dem optisch wirksamen Ausdruck der Grenze der abgeplatteten rothen Blutkörperchen. Lässt man die Zusatzflüssigkeit ein wenig länger einwirken, oder war der untersuchte Splitter von vorn herein dünn genug, so werden neben den gefärbten Blutkörperchen auch die farblosen sichtbar, die, wie wir durch Virchow wissen, viel widerstandsfähiger sind, als die rothen und sich immer noch als fein granulirte Blut-

körperchen erkennen lassen, wenn die Grenzen der letzteren in Folge unausbleiblicher Quellung optisch unwirksam geworden sind. Es ist nicht ausgeschlossen, dass durch die Untersuchung gerade der Leukozyten die Diagnose der Thierspezies weiter geklärt wird. Die Hoffnung, dass die neutrophilen Granulationen hierbei zu helfen im Stande sein werden, da ihr Fehlen bei einer Reihe von Thierarten behauptet wurde, hat sich nicht bestätigt; neuere Untersuchungen haben aber dargethan, dass bezüglich des Vorkommens und Fehlens des α-, β-, γ- δ- und ε- Granulationen bei den verschiedenen Thierarten eine gewisse Konstanz besteht.

Von Max Richter ist neuerdings eine andere Zusatzflüssigkeit, Pepsin-Glyzerin, empfohlen worden, die nicht auf dem Prinzip des Aufquellens der Blutkörperchen beruht, sondern auf Auflösung des die Blutkörperchen umgebenden Fibrinnetzes. Er hat damit recht günstigen Erfolg erzielt, den auch wir bestätigen können.

Einige andere Kennzeichen stehen uns noch für den mikroskopischen Nachweis der Form-Elemente zu Gebote, um die Diagnose des bisherigen Trägers des Blutes zu stellen. So lassen sich die elliptischen, bikonvexen, kernhaltigen Blutkörperchen der Vögel, Fische, Reptilien und Amphibien von den bikonkaven, runden, kernlosen der Säugethiere bestimmt unterscheiden, besonders wenn man in dem Untersuchungsobjekt durch Zusatz von dünner Essigsäure (2—5%) ein Hervortreten der Kerne bewirkt; auch die Beimengung von fremden Bestandtheilen, z. B. von Thierhaaren und Vogelfeder-Rudimenten in einem Fleck, nicht auf einem Fleck giebt ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel bezüglich seiner Herkunft.

2. Chemischer Blutnachweis: Unter den chemischen Proben nimmt die der Darstellung der Hämin-Krystalle die erste Stelle ein; denn ihr Nachweis erhärtet die Anwesenheit von Blut auf das Bestimmteste. Behandelt man trockenes Blut mit wenig Kochsalz, indem man beide Substanzen innig mit einander verrührt und pulvert, lässt dann unter das aufgelegte Deckglas einige Tropfen Eis-Essig fliessen, so bekommt man bei vorsichtigem, langsamen Abdampfen der Flüssigkeit braune Körnchen, die sich unter dem Mikroskop als Ansammlungen brauner, rhombischer Tafeln darstellen. Diese Hämin-Krystalle, wie sie Teichmann genannt hat, entstehen durch Wechselwirkung der Essigsäure auf das Oxyhämoglobin unter Vermittlung des chlorhaltigen Salzes; man kann sie auch aus reinem Hämatin, also ohne dass erst eine Ueberführung des Oxyhämoglobin in Hämatin stattgefunden hat, herstellen. Sie sind schwer löslich in Ammoniak, Salpetersäure und verdünnter Schwefelsäure, unlöslich in Wasser, Alkohol und Aether. Charakteristisch ist, abgesehen von ihrer Farbe und Krystallform, auch ihr Verhalten im polarisirten Licht, indem sie die Erscheinung des Pleochroismus darbieten.

Ihre Darstellung ist zwar unschwer zu bewirken, aber an eine Reihe Vorbedingungen geknüpft. Hindernd können einmal thermische Einflüsse sein: Blut, welches auf 100—140° erhitzt worden ist, giebt noch typische Krystalle; wird die Erhitzung

längere Zeit fortgesetzt, so finden sich sogenannte hanfsamenförmige Krystalle, die den rhombischen Tafeln und Paarlingen als gleichberechtigt anzusehen sind; dauert die Erhitzung aber längere Zeit und überschreitet die Temperatur die Höhe von 140° sehr wesentlich, so fällt die Reaktion negativ aus. Ebenso setzen atmosphärische Einflüsse, wie Sonnenbestrahlung, die Fähigkeit zur Häminbildung herab oder heben sie ganz auf; auch Fäulniss schädigt dieselbe, während Schimmelpilze weniger von Einfluss zu sein scheinen.

Wichtig ist das Verhalten des auf Eisen oder Thon-Erde eingetrockneten Blutes, weil z. B. der Nachweis des Blutes an rostigen Messerklingen oder des in die Erde gesickerten Blutes durch die Häminprobe misslingen kann. Nach Rose's Versuchen entzieht frisch gefälltes Eisenoxyd-Hydrat Blut-Farbstoff aus Blutlösungen; durch Kochen mit Kalilauge wird er wieder gelöst und kann so spektroskopisch nachgewiesen werden. Für die Häminprobe kommt nun in Betracht, dass die Verbindung des Blutfarbstoffes mit Eisenoxyd-Hydrat nach Erdmann unlöslich, nach v. Hofmann zwar löslich ist, auf keinen Fall aber eine Häminreaktion ergiebt. Thonerde-Hydrat verhält sich ähnlich; ebenso geht Kupfer-Hydrat eine unlösliche Verbindung mit dem Blutfarbstoff ein, die sich gegen Kalilauge und Säure refraktär verhält. Nach v. Hofmann heben auch kaustische Alkalien die Fähigkeiten zur Häminbildung mit alleiniger Ausnahme des Ammoniaks auf, insbesondere sollen die Berührungen von Seife mit Blut eine derartige Wirkung herbeiführen; neuere Untersucher bestreiten dies allerdings.

Dass man Blut möglichst nicht mit der Unterlage, sondern losgelöst von ihr der chemischen Reaktion unterwerfen soll, ist eine Mahnung v. Hofmann's, die sehr beherzigt zu werden verdient, da auch der Einfluss vegetabiler Gewebe oft störend wirkt.

L. Lewin und Rosenstein haben die einzelnen Blutfarbstoff-Derivate auf die Fähigkeit zur Häminbildung geprüft; sie hatten das bemerkenswerthe Ergebniss, dass Hämochromogen und Hämatoporphyrin sich nicht mehr zur Darstellung von Hämin-Krystallen eignen.

Es giebt noch eine zweite chemische Blutreaktion, die sogenannte Guajak- oder Ozonprobe, deren Verlauf auf der ozonübertragenden Eigenschaft des Blutes beruht. Bringt man nämlich eine Partie Blut mit nicht rektifizirtem, ozonhaltigem Terpentinöl (Ozon-Träger) und frisch bereiteter Guajak-Tinktur (Ozon-Reagens) zusammen, so tritt alsbald eine blaue Färbung der Guajak-Tinktur auf, die hervorgerufen wird durch den entstehenden Sauerstoff des Terpentinöls, der von dem Hämoglobin begierig an sich gerissen wird.

Die Probe hat sich bis zu einem gewissen Grade bewährt, hat aber einen grossen Fehler: das ist der Mangel an Ausschliesslichkeit. Eisenvitriol, Eisenoxyd-Hydrat, Kleber, Kasein, Milch, Pflanzen und Pflanzenextrakte bläuen nämlich ebenfalls Guajak-Tinktur bei Terpentinzusatz, ganz abgesehen davon, dass Substanzen wie Eisenchlorid, und Kalium-Permanganat Guajak-Tinktur ohne weiteres bläuen.

Ein weiterer Mangel der Guajak-Probe besteht darin, dass altes und unlösliches Blut die Reaktion nur giebt, wenn man es vorher in Eisessig gelöst. Ausserdem nimmt Temperatur von 135° dem Blut definitiv die Fähigkeit, das Ozon des Terpentinöls zu übertragen; desgleichen geben alkalische Hämatinlösungen die Reaktion nicht, wohl aber saure.

Alle diese Mängel der Reaktion haben schon seit langer Zeit dahin geführt, dass man die Guajak-Probe zwar nicht verwirft, aber ihr nach Liman's Empfehlung nur einen negativen Werth einräumt; man verwendet sie allgemein nur als Vorprobe bei Untersuchungen, wenn man die eben erwähnten Schädlichkeiten ausschliessen kann. Fällt dann die Reaktion positiv aus, so kann unter anderem auch Blut da sein; ein negativer Ausfall macht das Fehlen von Blut wahrscheinlich.

Ein neuerer Autor, Siefert[1]), hat das Bestreben gehabt, dem Mangel an Ausschliesslichkeit der in Rede stehenden Probe abzuhelfen; er hat zu diesem Zwecke auf die von Schönbein entdeckte Katalyse des Wasserstoffsuperoxyds durch Blut zurückgegriffen; mit der eine Bläuung der Guajak-Tinktur Hand in Hand geht. Die zu untersuchende Blutprobe unterwirft er einem vorbereitenden Verfahren, welches den Zweck hat, einerseits durch Kochen die Ozon-übertragende Kraft der organischen Substanz zu vernichten, anderseits durch Ueberführung der vorher hergestellten sauren alkoholischen Hämatin-Lösung in eine alkalische Kupfer- und Eisen-Salze auszufällen. Ob die Reaktion das halten wird, was sich der Autor von ihr verspricht, muss die weitere Untersuchung lehren.

3. Spektroskopischer Blutnachweis: War bei der Ausführung der eben erwähnten Methoden das Resultat positiv, so erfordert es die Vollständigkeit, dass es noch durch die Anstellung einer spektroskopischen Untersuchung ergänzt wird; war es aber negativ, so muss versucht werden, noch auf spektroskopischem Wege zu einem Ergebniss zu gelangen. Die hierbei in Betracht kommenden, verschiedenen Blutfarbstoff-Derivate, die theils präformirt vorhanden sind, theils durch Lösungsmittel erst dargestellt werden müssen, lassen sich in drei scharf von einander geschiedene Gruppen vertheilen:

1) die Hämoglobin-Gruppe, löslich durch Wasser;

2) die Hämatin-Gruppe, unlöslich durch Wasser, löslich durch Säuren und Alkalien; eisenhaltig;

3) die Hämatoporphyrin-Gruppe, löslich durch konzentrirte Schwefelsäure; eisenfrei.

Die Hämoglobin-Gruppe wie die Hämatin-Gruppe haben ihrerseits Stoffe, die theils sauerstoffhaltig, theils sauerstofffrei sind. Als Mittel, die letzteren zu erhalten, dienen reduzirende Substanzen wie eine ammoniakalische Lösung von weinsaurem Zinnoxydul oder weinsaurem Eisenoxydul, vor allem aber das bewährte gelbe Schwefel-Ammonium.

Einen frischen Blutfleck wird man im Allgemeinen noch

---

[1]) Vierteljahrsheft für gerichtliche Medizin u. s. w.; Jhrg. 1898, III. Folge; Bd. XVI, H. 1, S. 1.

mit Wasser extrahiren können; spektroskopisch geprüft wird die Lösung die beiden Streifen des Oxyhämoglobins zwischen den Fraunhofer'schen Linien D und E an der Grenze von Gelb und Grün ergeben. Ihre Identität wird festgestellt durch Zusatz von Schwefel-Ammon, wodurch man ein einstreifiges Hämoglobin-Spektrum, etwa entsprechend dem Zwischenraum zwischen beiden Oxyhämoglobin-Streifen erhält. War der Blutfleck nicht mehr ganz frisch, aber noch in Wasser löslich und zwar mit bräunlicher Farbe, so sieht man ausser den beiden Oxyhämoglobin-Streifen noch den schmalen Streifen des Methämoglobins etwas nach Roth zu, nahe der Fraunhofer'schen Linie C. Das Methämoglobin besitzt den gleichen Gehalt an austreibbarem Sauerstoff wie das Oxyhämoglobin, nur dass die Bindung des Sauerstoffes im Methämoglobin eine ungleich innigere ist als im Oxyhämoglobin. Versetzt man die Methämoglobin-Lösung mit Ammoniak, so schwindet augenblicklich der Streifen bei C; die braune Farbe verwandelt sich in Roth und es bleiben die beiden Oxyhämoglobin-Streifen zurück, die ihrerseits wieder reduzirbar sind.

Aeltere Blutflecke sind in der Regel nicht mehr durch Wasser löslich; kann man sie durch säurehaltigen Alkohol auflösen, so erhält man das Spektrum des sauren Hämatins: einen Streifen in Rot, etwa dem Methämoglobin-Streifen entsprechend. Analog ist der Erfolg einer Behandlung des Blutfleckes, wenn man absoluten Alkohol zu gleichen Theilen mit konzentrirter Karbolsäure gemischt (Szigety) oder auch absoluten Alkohol zu gleichen Theilen mit Formol gemischt auf den Blutfleck einwirken lässt (Puppe). Es kann dann die im Spektrum bei C wahrgenommene schmale Linie als diejenige des sauren Hämatins identifizirt werden, indem man die Blutlösung mit Kalilauge alkalisch macht und alsdann mit Schwefel-Ammon behandelt. Spektroskopisch ergiebt sich nach dem Zusatz der Kalilauge, am besten einer alkoholischen Aetz-Kalilösung: das Spektrum des alkalischen Hämatins, dort beginnend, wo das Spektrum des sauren Hämatins aufhört und bis in die Mitte zwischen D und E reichend, nach dem Zusatz von Schwefel-Ammonium dagegen: das Spektrum des reduzirten Hämatins oder Hämochromogens, also zwei Streifen, von denen der erste ungefähr in der Mitte zwischen D und E und der zweite kurz vor E beginnt und bei b endet. Man kann auch von vornherein ältere Blutflecke mit Kalilauge extrahiren; spektroskopisch geprüft wird der Extrakt dann ebenfalls das Spektrum des Hämochromogens an der angegebenen Stelle ergeben.

Am wirkungsvollsten von den Spektren der Hämatin-Gruppe ist die Darstellung des Cyanhämatins, die durch konzentrirte Cyankaliumlösung bewerkstelligt wird; sie gelingt häufig und vollkommen ohne weitere Schwierigkeiten sowie ohne Zeitverlust. Das Spektrum besteht in einem breiten, ungefähr dem Hämoglobin-Bande entsprechenden Streifen; derselbe ist ebenfalls wie die beiden anderen bis jetzt erwähnten Hämatin-Spektren durch gelbes Schwefel-Ammon reduzirbar in das charakteristische Spektrum des Hämochromogens.

Das Zustandekommen dieser Spektren kann jedoch durch ähnliche Schwierigkeiten, wie die Guajak- und Hämin-Probe beeinträchtigt werden; fortgesetzte Sonnenbestrahlung kann z. B. die Lösbarkeit des Blutes in Cyankaliumlösung aufheben, Ueberhitzung über eine Temperatur von 140 ° ebenfalls. Die so entstandene Schwierigkeit lässt sich aber durch die von Kratter in die forensische Praxis eingeführte Hämatoporphyrin-Probe überwinden, welche die einzige Unannehmlichkeit aufweist, dass man nur losgelöste Blutsplitter der Behandlung mit konzentrirter Schwefelsäure unterwerfen kann, da sonst eine erhebliche Trübung durch Lösung organischer Gewebe entsteht, die eine spektroskopische Prüfung unmöglich macht. Bei dieser Probe genügt es, ein abgesprengtes Blutschüppchen zwischen zwei Objektträgern mit konzentrirter Schwefelsäure zu behandeln und alsdann vor den Spalt des Spektroskops zu bringen. Das Spektrum des so dargestellten sauren Hämatoporphyrins besteht aus zwei Streifen, einem schmalen kurz vor D und einem breiteren etwa in der Mitte zwischen D und E. Die Identität dieses Spektrums wird nicht durch Reduktionsmittel, sondern durch Versetzen der Lösung mit Ammoniak festgestellt, eine Operation, die ein vierstreifiges Blutspektrum, das des alkalischen Hämatoporphyrins liefert.

Wir haben also, um es kurz zu wiederholen, bei der Hämoglobin-Gruppe ein zweistreifiges Spektrum, das durch Reduktionsmittel in ein einstreifiges verwandelt werden kann; bei der Hämatin-Gruppe dagegen sind die ursprünglichen Spektren sämmtlich einstreifig, erst ihre Reduktion ergiebt stets ein zweistreifiges Spektrum; bei der Hämatoporphyrin-Gruppe endlich ist das Spektrum der sauren Verbindung zweistreifig, das der alkalischen vierstreifig, das einzige Blut-Spektrum dieser Art.[1])

Was nun die Ausführung der spektroskopischen Untersuchung und die dazu erforderlichen Apparate betrifft, so ist der beste Spektral-Apparat der von Steinheil modifizirte, von Bunsen nnd Kirchhoff angegebene dreiarmige Apparat[2]); für forensische Zwecke reicht jedoch auch ein anderer Apparat, das Spektroskop von Browning[3]) vollkommen aus. Bei manchen Spektroskopen dieser Art, ist noch eine Vorrichtung angebracht, welche es gestattet, zwei

---

[1]) Eine Tafel mit den verschiedenen Blut-Spektren wird am Schlusse dieses Bandes beigefügt werden.

[2]) Der Apparat besteht aus einem massiven Stativ, welches ein Flintglas-Prisma von 60° trägt; um das Prisma herum sind drei Röhren angeordnet und zwar 1. das Fernrohr für das Auge des Beobachters, 2. das Spaltrohr, vor welches die zu untersuchende Flüssigkeit. erhellt durch eine dahinter befindliche Gasflamme, gebracht wird, und schliesslich das Rohr zum Messen der Entfernung des Spektrums resp. der Absorptionsstreifen, das eine abgetheilte Skala enthält.

[3]) Dieser Apparat ist ein solcher mit gerader Durchsicht (á vision directe) und besteht aus zwei Theilen, einer inneren Röhre, die in ihrem Inneren ein System von 7 Prismen, an einem Ende die Oeffnung für das Auge des Beobachters und am anderen eine Kollimator-Linie trägt, und einem äusseren Rohr, in welches das innere beliebig hineingeschoben werden kann; am Ende des äusseren Rohres befindet sich der Spalt, der durch eine Schraubvorrichtung

Spektren über einander zu gleicher Zeit zu beobachten; dies geschieht in der Weise, dass man den Spalt für die direkte Beobachtung zur Hälfte verschliesst und durch diese verschlossene Partie vermöge einer sehr einfachen Spiegel-Vorrichtung das Licht passiren lässt, das einer Flüssigkeit entstammt, die neben der Axe des Spektroskopes, also neben der durch dieses direkt betrachteten aufgestellt ist.

Auch eine andere Vorrichtung ist den meisten mit Stativ versehenen Taschenspektroskopen eigen; es ist dies ein kleiner Reflektor, welcher an der Basis des Apparates angebracht ist und der so eingestellt werden kann, dass das Sonnenlicht von unten her geradewegs in das vertikal eingestellte Spektroskop gelangen kann. Dies hat den grossen Vorzug, dass man nicht genöthigt ist, geschliffene Gläser oder einfache Reagensgläser mit immerhin nur geringer Tiefe zum Spektroskopieren zu benutzen, sondern dass man auch einmal bei recht dünnen Flüssigkeiten sich dadurch ein recht ergiebiges Spektrum verschaffen kann, dass man das Licht durch die ganze Höhe der Flüssigkeitssäule hindurch passiren lässt.

Ob ein zur Untersuchung gelangender Fleck thatsächlich Blut enthält oder nicht, wird immer stets erst die genaue Untersuchung ergeben; auf den Anschein hin die Diagnose stellen, dass Blut vorliegt oder nicht, würde grundverkehrt sein. Man wird den Fleck extrahiren und spektroskopisch untersuchen mit Wasser, mit Cyankalium oder mit einer anderen der angeführten Flüssigkeiten, alsdann wird man versuchen, Hämin-Krystalle darzustellen, sowie die Formelemente des Blutes mikroskopisch nachzuweisen. Als Vorprobe vor allen Methoden kann zweckmässigerweise die Guajakprobe angewandt werden.

Zu beachten ist hierbei jedoch, dass der Blutnachweis gelegentlich auch einmal zu einem Trugschluss führen kann. Von blutsaugenden Insekten stammende Blutflecke können sich spektroskopisch und chemisch ganz so verhalten, als ob man einen gewöhnlichen Blutfleck vor sich hat; erst die mikroskopische Untersuchung lehrt dann, dass Theile von Insekten neben Blutbestandtheilen vorhanden sind. Bei grösseren Blutflecken wird dies natürlich nie in Frage kommen, kleinere Blutflecke dagegen wird man stets in Bezug auf diesen Punkt noch genauer kontrolliren müssen. Ein Irrthum ist ferner möglich dadurch, dass gewisse Farbstoffe wie Fuchsin etc. ebenfalls Absorptionsspektren geben. Indess entspricht die Lage der Absorptionsstreifen nicht genau denen des Blutes; ausserdem wird Schwefelammon häufig die Farbe der Lösung total vernichten, anstatt die erwarteten Reduktionen hervorzurufen.

---

zu erweitern oder zu verengern ist. Vor dem Gebrauch wird das innere Rohr so weit herausgezogen, dass man ohne Anstrengung für das Auge bequem das Spektrum zu betrachten im Stande ist, und der Spalt soweit verengert, dass man eben die Fraunhofer'schen Linien E und b scharf sieht. Man kann das Spektroskop dann frei in die rechte Hand nehmen, gegen das Licht halten und das zu untersuchende Spektrum ablesen, besser aber befestigt man Extraktionsflüssigkeit sowie Spektroskop an einem Stativ.

C. Untersuchung von Haaren.

Gerichtsärztlich kann in mehrfacher Beziehung die Untersuchung von Haaren durch ärztliche Sachverständige angeordnet werden, einmal um festzustellen, wer der Träger des Haares gewesen ist, sodann, welches die Körperstelle war, der das Haar entstammt; weiter ob das Haar herausgerissen oder ausgefallen ist, oder Veränderungen an sich trägt, die einen Schluss zulassen, dass es thermischen und anderen Insulten ausgesetzt gewesen ist.

Anatomische Eigenschaften: Das menschliche Haar besteht aus drei Schichten, der Rindenschicht als der wesentlichsten, der sie umhüllenden feinen Cuticula und einer dritten häufig fehlenden Marksubstanz. Die Rindenschicht macht die grosse Masse des Haarschaftes aus; sie besteht aus längs angeordneten Fibrillen und ist häufig mehr oder weniger dunkel pigmentirt. Im Mikropolarisations-Apparat zeigt ein Theil des Schaftes nicht selten die Erscheinung des Pleochroismus. Die Cuticula besteht aus feinen dachschindelförmig an- und übereinander gelegten Schuppen, die so angeordnet sind, dass das überstehende freie Ende der Schuppe nach der Haarspitze hinsieht. Die Marksubstanz endlich besteht aus einer häufig unterbrochenen Schicht von Zellen, die sich nicht selten als lufthaltig erweisen.

Man unterscheidet beim Haar ferner: Wurzel, Schaft, Spitze. Bei dem lebensfähigen, kräftigen Haar ist die Haarwurzel von kolbiger Gestalt, in sie hinein erstreckt sich die Haarpapille; umgeben ist die Wurzel von den Schichten der Wurzelscheide. Die Länge der Haarwurzel bei dem feineren Haar beträgt im Durchschnitt 0,4 mm, bei dem dickeren Haar 2—3 mm. Der Haarschaft kann eine beträchtliche Länge (bis 1,5 m) haben; er stellt die resistenteste Partie des Haares dar, die vermöge ihres hornartigen Materials empfangene Verletzungen konservirt und sich auch auf die verschiedensten thermischen und mechanischen Einflüsse hin ziemlich konstant verhält, so konstant, dass man aus bestimmten Veränderungen, auch bestimmte Schlüsse zu ziehen im Stande ist. Ausserdem besitzt der Haarschaft eine nicht unbeträchtliche Elastizität insofern, als ein einzelnes Haar sich etwa um ein Drittel seiner Länge dehnen lässt und ein Gewicht bis zu 60 g zu tragen vermag. Diese Elastizität hat aber auch ihre Grenze, da eine bleibende Verlängerung bei starker Ausdehnung doch bestehen bleibt.

Der Schaft hat im Allgemeinen eine rundliche Gestalt, doch ist die Rundung nie eine so vollkommene, als man gewöhnlich annimmt; einen wirklichen kreisförmigen Querschnitt findet man vielmehr nur bei dem feinsten Haar. Nach Vierordt's Zusammenstellung[1]) ist im Allgemeinen:

[1]) Vierordt: Anatom. physiolog. und physikal. Tabellen. Jena 1895; Verlag von Gustav Fischer.

das	Haupthaar:	0,05—0,09	mm	breit	u.	0,04—0,08	mm	dick.
„	Barthaar:	0,1—0,2	„	„	„	0,07—0,09	„	„
die	Cilien:	0,1	„	„	„	0,09	„	„
„	Vibrissae:	0,13	„	„	„	0,09	„	„
„	Lanugo:	0,0016	„	„	„	0,0012	„	„
„	Schamhaare:	0,054	„	„	„	0,135	„	„

Der Querschnitt der Schamhaare, sowie der Barthaare und der Nasenhöhlenhaare zeigt häufig Formen, welche mehr an ein abgestumpftes Drei- und Viereck als an ein Oblong oder einen Kreis erinnern.

Die Haarspitze verhält sich verschieden: sie kann durch darüber getragene Kleidung oder anderweitige Bedeckung abgeschliffen oder durch schneidende Instrumente scharf abgeschnitten sein; sie kann aber auch aufgefasert sein oder in eine Spitze auslaufen. Es ist bemerkenswerth, dass nahe der Spitze in der Regel die Marksubstanz, auch wenn sie sonst vorher vorhanden war, sich nicht mehr nachweisen lässt.

Eine wirkliche Spitze findet sich beim Lanugohaar; allmählich verdünnt sich der Schaft, um schliesslich in eine ganz feine Spitze auszulaufen; es ist dies neben der Marklosigkeit ein charakteristisches Zeichen für die genannte Klasse von Haaren.

Aufgefasert erscheinen besonders diejenigen Haare, welche häufig mechanischen Insulten ausgesetzt sind, ohne je mit schneidenden Instrumenten in Berührung zu kommen, so beispielsweise die Barthaar- oder die Frauenhaarspitzen; mikroskopisch geprüft sehen diese oft geradezu besenartig gefranst aus.

Die mit scharfschneidenden Instrumenten erzielten Haarspitzen zeigen je nach der Schärfe des Instrumentes ein verschiedenartiges Verhalten: Mit ganz scharfer Scheere abgeschnittene Haare haben im Allgemeinen auch eine ziemlich glatte Endfläche, insbesondere sind die Ränder scharf abgesetzt; sind einige Tage nach dem Schnitt vergangen, so wird eine allmähliche Abschleifung der Kanten eintreten, und nach 4—5 Wochen findet man ein vollkommen abgeschliffenes, rundliches Haarende. Erfolgt der Schnitt nicht mit einem scharfen Messer, sondern mit mehr stumpfen Instrumenten, oder erfolgt er nicht in der Richtung des genauen Querdurchschnittes, sondern mehr schräg, so ist die Schnittfläche uneben und ausserdem noch eine geringe, aber deutliche Auffaserung der periphirischen Theile des Haarschaftes vorhanden. Bei ganz stumpfen Instrumenten können geradezu treppenartige Trennungsflächen resp. Haarenden entstehen, aber immer noch wird man an einigen Stellen Auffaserung, wie eben beschrieben, erkennen und so auf die Entstehung einen Rückschluss machen können. Aehnlich verhalten sich diejenigen Haare, die mitten im Schaft zerrissen sind; auch hier wird die zur Untersuchung gelangende Haarspitze in der Regel unregelmässige, treppenförmige Endflächen darbieten, jedoch ist es nicht ausgeschlossen, dass einmal auch eine glatte Querdurchtrennung auf diese Weise stattfinden kann.

Abgeschliffene Haarspitzen zeigen normaler Weise stets die Haare in der Haut des Unterschenkels und des Handrückens, die Augenbrauen und ähnliche Haare; man sieht hier vollkommen kuppelartig zulaufende Enden.

Auf Grund der eben geschilderten Verhältnisse wird es unschwer gelingen, eine Reihe gerichtsärztlicher Fragen zu beantworten. Eine häufig gestellte Frage ist zunächst diejenige nach der Identität des Haares; entstammt das zu untersuchende Haar einem bestimmten Individuum, von dem andere Haare zur vergleichenden Untersuchung vorliegen? Um dies festzustellen, wird man zuerst das auf heller Unterlage — am besten Glasplatten, die auf weissem Fliesspapier liegen — befindliche Haar bezüglich seiner Farbe, seiner Kräuselung oder Schlichtheit prüfen; alsdann wird man zum Mikroskop greifen, um die Pigmentverhältnisse an den beiden zu untersuchenden Haarsorten festzustellen. Hierbei hat man sich zu vergegenwärtigen, dass auch dasselbe Individuum verschieden pigmentirte Haare haben kann; man wird sich deshalb hüten, aus kleinen Verschiedenheiten eine Verschiedenartigkeit des Trägers zu diagnostiziren. Wichtiger ist die Feststellung der Grössenverhältnisse der beiden zu untersuchenden Haarsorten, die mit Hülfe des Okular-Mikrometers oder noch besser des Okular-Schraubenmikrometers getroffen wird.

Nicht minder häufig ist die Frage: von welcher Stelle des Körpers stammen die Haare? Auf Grund der oben gegebenen Grössenverhältnisse evtl. der genauen Untersuchung ihres Querschnittes, die nach Paraffineinbettung und Zerlegung mit Hülfe des Mikrotoms zu bewerkstelligen ist, lässt sich auch diese Frage beantworten. Es mag hier noch auf eine Besonderheit gewisser, an stark schwitzenden Stellen des Körpers stehender Haare hingewiesen werden, z. B. der Achselhöhlenhaare, die nicht selten an mehreren Stellen ihres Schaftes spindelförmige, durch Schweiss und Mikrokokken bedingte Anlagerungen zeigen, innerhalb welcher vielleicht auch einmal eine unregelmässige partielle oder totale Zersplitterung des Schaftes eingetreten sein kann.

Eine andere Frage betrifft die Art und Weise der Trennung eines oder mehrerer vorgelegter Haare von ihrem Träger, das heisst, sind sie abgeschnitten oder ausgerissen oder ausgefallen? Ob die ersterwähnte Möglichkeit vorliegt, ist auf Grund der vorher bei Beschreibung der Haarspitze gemachten Darlegungen zu prüfen. Ausgerissene Haare zeigen eine kolbige Wurzel, an welcher meist noch Theile des Haarbalges, häufig die ganze äussere Wurzelscheide haften. Zuweilen findet man auch die Erscheinung, dass die Cuticula sich etwa in derselben Weise bei ausgerissenen Haaren um den Schaft drapirt, wie ein halbausgezogener Handschuhfinger um das Fingerende. Ausgefallene Haare zeigen dagegen eine atrophische, spitz zulaufende kleine Wurzel; Theile der Wurzelscheide haften ihnen nicht an. Es versteht sich übrigens von selbst, dass sich in der Regel in einem Büschel ausgerissener Haare neben aus-

gerissenen Haaren auch solche vorfinden werden, welche die Erscheinungen eines ausgefallenen Haares ganz oder theilweise zeigen.

Alles bisher Gesagte bezieht sich nur auf Menschen-Haare. Es ist aber bei gerichtsärztlichen Haaruntersuchungen eine garnicht so besonders seltene Aufgabe, zu unterscheiden, ob ein bestimmtes Haar nicht auch von einem Thier herrührt. Wenngleich einzelne Haare bei manchen Thiergruppen z. B. beim Affen eine gewisse Aehnlichkeit mit menschlichen Haaren haben können, so ist dies doch eben nur auf einige wenige Spezies beschränkt, während im Allgemeinen die Verschiedenheit thierischer und menschlicher Haare eine sehr grosse ist. Ein Thierhaar ist dadurch charakterisirt, dass die stellend, zuweilen auf ein Minimum reduzirt ist, während Cuticula und Marksubstanz in den Vordergrund treten. Rindenschicht, beim Menschen die Hauptmasse des Haares dar- Die Cuticula ist zwar genau so wie beim Menschen auch dachschindelförmig gestaltet, aber die einzelnen Schuppen sind erheblich grösser, so viel grösser, dass das Haar bei manchen Thieren z. B. der Fledermaus geradezu gefiedert aussieht. Weiter ist die Mächtigkeit der Cuticula-Schuppen bei anderen Thieren eine so grosse, dass sie sich auch ohne Anwendung von Quellmitteln, wie verdünnte Salpetersäure, bequem über das ganze Haar hin verfolgen lassen und nicht nur an den Rändern sichtbar werden. Die Marksubstanz, welche beim Menschen häufig fehlt, zuweilen aus einer einfachen kontinuirlichen, häufiger aber unterbrochenen, sehr selten mehrfachen Zellenreihe besteht, ist beim Thier so mächtig, dass sie in der Regel wenigstens ein Drittel des ganzen Haardurchmessers einnimmt, da sie aus neben einander gelagerten Zellen zusammengesetzt ist. Bei Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte ist es jedenfalls möglich, mit Bestimmtheit die Frage zu entscheiden, ob ein Thierhaar oder ein Menschenhaar vorliegt. Welch einer Thierspezies das zu untersuchende Haar angehört, kann allerdings nur auf Grund genauer Vergleiche mit guten Abbildungen festgestellt werden[1]).

Nicht selten werden dem Gerichtsarzt haarähnliche Gebilde vorgelegt, um deren Herkunft zu bestimmen. Die hier in Betracht kommenden Gebilde sind besonders Seide, Baumwolle, Leinenfasern und Wolle. Wollene Gespinnste charakterisiren sich ihrem Ursprung aus Haaren des Schafes entsprechend durch die ihnen anhaftenden, vorher geschilderten Eigenschaften der Thierhaare; namentlich erleichtert die Zähnung der Cuticula die Diagnose des zur Untersuchung gelangenden Gewebes. Bei der Baumwolle haben die einzelnen Fäden die Form eines Bandes; man wird sie daher mikroskopisch theils ganz schmal im Profil sehen, theils breit von der Fläche her. Die Seide ist dadurch bemerkenswerth, dass sie drehrunde Fasern hat, die mehr oder weniger stark

[1]) Vgl. besonders Waldeyer: Atlas der menschlichen und thierischen Haare. Lahr 1884.

lichtbrechend sind. Die Leinenfaser endlich ist an ihren Internodien zu erkennen; es sind dies knotige, zuweilen häufig, zuweilen seltener am Schaft auftretende Verdickungen, ähnlich wie die Knoten am Bambusrohr.

Ueber das Verhalten der Haare thermischen Einwirkungen gegenüber ist Folgendes zu bemerken: Hält man ein Haar in die Flamme, so sieht man ohne Weiteres, wie das verbrannte Ende kolbig angeschwollen ist. Mikroskopisch lassen sich an derartig der Flammenwirkung ausgesetzten Haaren drei verschiedene Theile unterscheiden: 1. Ein der Flamme zunächst liegender Theil, bräunlich, eine Struktur nicht mehr erkennen lassend; häufig ist dieser Abschnitt ganz oder theilweise abgefallen; 2. die mit Luftblasen über und über angefüllte Parthie; es ist dies der Theil, der bereits makroskopisch die kolbige Verdickung des Haares erkennen lässt; nach dem Flammenende zu sind die Luftblasen grösser, von der Flamme entfernt werden sie allmählich immer kleiner; 3. der unversehrte Abschnitt des Haares ohne Luftblasenbildung.

Zieht man ein Haar dicht neben der Flamme vorbei, ohne letztere zu berühren, so fehlt die Verkohlung (1), aber es finden sich in dem der Hitze am meisten ausgesetzt gewesenen Theil mehr oder weniger zahlreiche Luftblasen. Eine gleiche Erscheinung tritt bei Haaren hervor, die mit der Brennscheere behandelt sind. Die Luftblasenbildung durch Hitzewirkung ist übrigens eine bemerkenswerthe Erscheinung auch bei der Schussverletzung; sie ist ein wichtiges Kriterium des Nahschusses.

Auch stumpfe Gewalten können auf Haare in ganz bestimmter Weise einwirken; die in dieser Hinsicht gemachten Beobachtungen bedürfen aber noch weiterer Ergänzung. Soviel ist jedoch festgestellt, dass durch stumpfe Gewalten vom Schädel abgetrennte Haare neben einfachen queren Durchtrennungsflächen auch gebogene oder rechtwinklig geknickte zeigen können, wenn das einwirkende Instrument ein kantiges war. Desgleichen können Haare, die sich zwischen zwei harten Flächen, z. B. zwischen Schädelknochen und einem stumpfen Instrument bei der Einwirkung befanden, nach der Form der betreffenden Schädelfläche und des Instrumentes lang ausgezogen plattgedrückt, lang-spindelförmig oder kurz-spindelförmig verbreitert werden. Innerhalb der verbreiterten Abschnitte finden sich häufig Höhlenbildungen von wechselnder Grösse.[1])

D. Sperma-Nachweis.

Der Nachweis von Sperma auf Kleidung oder Wäschestücken kann geführt werden einzig und allein durch den Nachweis der Spermatozoen; alle übrigen Formelemente des Sperma: Krystalle, Epithelien, haben keine beweisende Kraft, ebenso-

[1]) Puppe: Beiträge zur gerichtsärztlichen Beurtheilung der Schädelverletzungen. Offiz. Bericht über die XIV. Haupt-Vers. des Preuss. Med.-Beamten-Vereins. Zeitschrift für Med.-Beamte 1897.

wenig wie Theile resp. Bruchstücke einzelner Spermatozoen; nur voll ausgebildete und unzerstückelte Exemplare sind beweiskräftig. Kenntlich sind diese an ihrer charakteristischen Form: Schwanz und Kopf müssen deutlich zu unterscheiden sein; Zusatz von 5 prozentiger Essigsäure pflegt ihren Nachweis zu erleichtern. Ihre Länge schwankt zwischen 0,052 und 0,062 mm, wovon auf den Kopf 0,0075 mm kommen; die Breite des Kopfes beträgt 0,002—0,003, die Dicke 0,001—0,002 mm. [1])

Die Technik des Nachweises ist eine sehr einfache: Man befeuchtet den zu untersuchenden Gegenstand mit etwas Wasser und zerzupft ihn dann entweder mit Hilfe der Präparirnadel oder mazerirt ihn mit etwas Wasser längere Zeit, um alsdann mit Hilfe eines Glasstabes die trübe Flüssigkeit aus dem zu untersuchenden Gewebe herauszupressen und nun mit starken Vergrösserungen zu untersuchen. Erleichtert wird das Aufsuchen der Spermatozoen dadurch, dass man die Mazeration in einer dünnen, etwa 0,2 prozentigen, 3—6 Tropfen Salzsäure enthaltenden Methylgrün-Lösung vornimmt und die erhaltene Mazerations-Flüssigkeit auf dem Deckgläschen antrocknen lässt; die Spermatozoen treten dann als grün gefärbte Gebilde hervor. Man kann auch von vorn herein die wässrige Mazerationsflüssigkeit auf dem Deckgläschen antrocknen lassen und dann mit Hämatoxylin färben, auswässern und mit Eosin nachfärben, oder auch allein mit Alaunkarmin die Färbung vornehmen, worauf man mit ganz dünner Essigsäure-Lösung abspült und in Malachitgrün nachfärbt; bei dem letzten Verfahren erscheinen die Köpfe rot und die Schwänze grün.

Im Allgemeinen hat man nicht nöthig, zu dem Färbe-Verfahren seine Zuflucht zu nehmen; es genügt vielmehr das Zerzupfen oder Mazeriren in ungefärbten Flüssigkeiten, wie oben angegeben. Auch die Hofmann-Pacini'sche Flüssigkeit hat sich bei solchen Untersuchungen sehr bewährt (1 Sublimat — 2 Kochsalz — 100 Glyzerin — 300 Wasser).

Es ist auch nicht erforderlich, jeden verdächtigen Fleck auf die angedeutete Weise zu untersuchen, vielmehr ist man durch die von Florence angegebene und nach ihm benannte Sperma-Reaktion in der Lage, ähnlich wie bei den Blutuntersuchungen durch die Guajakprobe, so hier bei Spermauntersuchungen mittelst einer Jod-Jodkalilösung eine Vorprüfung anzustellen, deren negativer Ausfall das Vorhandensein von Sperma unwahrscheinlich macht. Die Probe wird in der Weise angestellt, dass man in einer Lösung von 1,65 Jod + 2,54 Jodkali + 30 Wasser das Untersuchungsobjekt zerzupft und alsdann mit schwacher oder mittelstarker Vergrösserung unter dem Mikroskop beobachtet. Handelt es sich um Sperma, so bilden sich dunkelbraun gefärbte, rhombische, häufig nicht ganz regelmässig erscheinende Krystalle innerhalb der hellbraunen Mazerationsflüssigkeit. Sie sind löslich in Wasser, Alkohol, Aether und

---

[1]) Vierordt: l. c., S. 89.

Chloroform; sie unterscheiden sich durch ihre Wasserlöslichkeit sowie dadurch, dass sie durch Cadmiumchlorid nicht fällbar sind, vom Lezithin, sind aber mit diesem nahe verwandt. Es ist nämlich durch die Untersuchungen von M. Richter und Gumprecht[1]) festgestellt, dass Lezithin-Gemische, welche die Jodreaktion nicht geben, diese durch Fäulniss oder durch Kochen mit Barytwasser bekommen, und dass es sich bei der Florence'schen Spermareaktion um jene Stufe des Lezithinzerfalls handelt, in welcher Cholin und Neurin auftreten. Im normalen Sperma ist dieser Zersetzungsgrad bereits physiologisch vorhanden; dies erklärt auch das Zustandekommen der Reaktion zumal mit frischem Sperma. Fäulniss, längere Eintrocknung und dergleichen lassen den angedeuteten Zerfall weiter schreiten; es treten andere Substanzen auf, die keine Jodreaktion mehr geben. Anderseits ist beobachtet worden, dass durch die Fäulniss auch in sonst spermafreien Organen der erwähnte Grad von Lezithinzerfall und dadurch eine positive Jodreaktion hervorgerufen werden kann.

Die gerichtsärztliche Bedeutung der Florence'schen Spermareaktion ist demnach keine sehr grosse; sie wird besonders bei frischen, spermaverdächtigen Flecken als Vorprobe von Nutzen sein, aber erst der Nachweis von Spermatozoen wird den Beweis erbringen können, dass thatsächlich Sperma vorliegt.

---

[1]) Richter: Die Spermaprobe von Florence. Zeitschr. f. Med.-Beamte 1897 No. 24. — Gumprecht: Ueber das Wesen der Jodreaktion. Zentralblatt f. allg. Pathologie und pathol. Anatomie Bd. 9; No. 14 u. 15.

Spezieller Theil.

I. Gerichtsärztliche Ermittelung des Gesundheitszustandes.

A. Die gerichtsärztliche Beurtheilung der Körperverletzungen nach dem Strafgesetzbuche.

1. Gesetzliche Bestimmungen.

Die in Betracht kommenden Bestimmungen des Strafgesetzbuches lauten:

§ 221. Wer eine wegen jugendlichen Alters, Gebrechlichkeit oder Krankheit[1]) hülflose Person aussetzt, oder wer eine solche Person, wenn dieselbe unter seiner Obhut steht, oder wenn er für die Unterbringung, Fortschaffung oder Aufnahme derselben zu sorgen hat, in hülfloser Lage vorsätzlich verlässt,[2]) wird mit Gefängniss nicht unter drei Monaten bestraft.

Wird die Handlung von leiblichen Eltern gegen ihr Kind begangen, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter sechs Monaten ein.

Ist durch die Handlung eine schwere Körperverletzung[3]) der ausgesetzten oder verlassenen Person verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe bis zu zehn Jahren und, wenn durch die Handlung der Tod verursacht worden ist, Zuchthausstrafe nicht unter drei Jahren ein.

§ 223. Wer vorsätzlich einen Anderen körperlich misshandelt oder an der Gesundheit beschädigt, wird wegen Körperverletzung mit Gefängniss bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu eintausend Mark bestraft.

Ist die Handlung gegen Verwandte aufsteigender Linie begangen, so ist auf Gefängniss nicht unter einem Monat zu erkennen.

§ 223a. Ist die Körperverletzung mittels einer Waffe, insbesondere eines Messers oder eines anderen gefährlichen Werkzeuges, oder mittels eines hinterlistigen Ueberfalls, oder von mehreren gemeinschaftlich, oder mittels einer

---

[1]) „Krankheit" im Sinne des § 221 ist jede Störung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die Jemand hülflos macht, d. h. ausser Stand setzt, die zu seiner Sicherung nothwendigen Handlungen vorzunehmen; nach dem Urtheil des R.-G., I. Str.S., vom 9. Januar 1882 kann auch hochgradige Trunkenheit als Krankheit angesehen werden.

[2]) Darunter würde z. B. auch fallen, wenn ein Arzt eine seiner Obhut anvertraute Kreissende in hülfloser Lage verlässt; dagegen reicht die Nichtgewährung der übernommenen ärztlichen Behandlung für sich allein nicht zur Anwendung des § 221 aus.

[3]) Der Begriff „schwere Körperverletzung" ist durch § 224 festgelegt.

das Leben gefährdenden Behandlung begangen, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter zwei Monaten ein.

§ 224. Hat die Körperverletzung zur Folge, dass der Verletzte ein wichtiges Glied des Körpers, das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, die Sprache oder die Zeugungsfähigkeit verliert, oder in erheblicher Weise dauernd entstellt wird, oder in Siechthum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder Gefängniss nicht unter einem Jahre zu erkennen.

§ 225. War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Zuchthaus von zwei bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 226. Ist durch die Körperverletzung der Tod des Verletzten verursacht worden, so ist auf Zuchthaus nicht unter drei Jahren oder Gefängniss nicht unter drei Jahren zu erkennen.

§ 227. Ist durch eine Schlägerei oder durch einen von Mehreren gemachten Angriff der Tod eines Menschen, oder eine schwere Körperverletzung (§ 224) verursacht worden, so ist Jeder, welcher sich an der Schlägerei oder dem Angriffe betheiligt hat, schon wegen dieser Betheiligung mit Gefängniss bis zu drei Jahren zu bestrafen, falls er nicht ohne sein Verschulden hineingezogen worden ist.

Ist eine der vorbezeichneten Folgen mehreren Verletzungen zuzuschreiben, welche dieselbe nicht einzeln, sondern nur durch ihr Zusammentreffen verursacht haben, so ist Jeder, welchem eine dieser Verletzungen zur Last fällt, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

§ 228. Sind mildernde Umstände vorhanden, so ist in den Fällen des § 223, Abs. 2 und des § 223a auf Gefängniss bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bis zu eintausend Mark, in den Fällen der §§ 224 und 227, Abs. 2 auf Gefängniss nicht unter einem Monat, und im Falle des § 226 auf Gefängniss nicht unter drei Monaten zu erkennen.

§ 229. Wer vorsätzlich einem Anderen, um dessen Gesundheit zu beschädigen, Gift oder andere Stoffe beibringt[1]) welche die Gesundheit zu zerstören geeignet sind, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren bestraft.

Ist durch die Handlung eine schwere Körperverletzung verursacht worden, so ist auf Zuchthaus nicht unter fünf Jahren und, wenn durch die Handlung der Tod verursacht worden, auf Zuchthaus nicht unter zehn Jahren oder auf lebenslängliches Zuchthaus zu erkennen.

§ 230. Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung[2]) eines Anderen verursacht, wird mit Geldstrafe bis zu neunhundert Mark oder mit Gefängniss bis zu zwei Jahren bestraft.

War der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet, so kann die Strafe auf drei Jahre Gefängniss erhöht werden.

§ 231. In allen Fällen der Körperverletzung kann auf Verlangen des

---

[1]) Unter „Beibringen" ist jede Thätigkeit zu verstehen, durch die das Gift dem Organismus einverleibt wird, gleichgiltig ob heimlich, durch List oder durch Gewalt, ob durch Einnehmen oder Einathmen u. s. w.

[2]) Bei den durch Fahrlässigkeit verursachten „Körperverletzungen" macht das Gesetz keinen Unterschied zwischen leichten und schweren (§ 224); die Art und die Folgen der Körperverletzung fallen jedoch bei der Strafzumessung ins Gewicht.

Verletzten neben der Strafe auf eine an denselben zu erlegende Busse bis zum Betrage von sechstausend Mark erkannt werden. [1])

Eine erkannte Busse schliesst die Geltendmachung eines weiteren Entschädigungsanspruches aus.

Für diese Busse haften die zu derselben Verurtheilten als Gesammtschuldner.

§ 232. Die Verfolgung leichter vorsätzlicher, sowie aller durch Fahrlässigkeit verursachten Körperverletzungen (§§ 223, 230) tritt nur auf Antrag ein, insofern nicht die Körperverletzung mit Uebertretung einer Amts-, Berufs- oder Gewerbepflicht begangen worden ist.

Ist das Vergehen gegen einen Angehörigen verübt, so ist die Zurücknahme des Antrages zulässig.

Die in den §§ 195, 196 und 198 enthaltenen Vorschriften finden auch hier Anwendung. [2])

§ 233. Wenn leichte Körperverletzungen mit solchen, Beleidigungen mit leichten Körperverletzungen, oder letztere mit ersteren auf der Stelle erwidert werden, so kann der Richter für beide Angeschuldigte, oder für einen derselben eine der Art oder dem Maasse nach mildere oder überhaupt keine Strafe eintreten lassen.

§ 239. Wer vorsätzlich und widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs der persönlichen Freiheit beraubt, wird mit Gefängniss bestraft.

Wenn die Freiheitsberaubung über eine Woche gedauert hat, oder wenn eine schwere Körperverletzung des der Freiheit Beraubten durch die Freiheitsentziehung oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden ist, so ist auf Zuchthaus bis zu zehn Jahren zu erkennen. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängniss nicht unter einem Monat ein.

Ist der Tod des der Freiheit Beraubten durch die Freiheitsentziehung oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden, so ist auf Zuchthaus nicht unter drei Jahren zu erkennen. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängniss nicht unter drei Monaten ein.

§ 291. Mit Zuchthaus nicht unter 10 Jahren oder mit lebenslänglichem Zuchthaus wird der Räuber bestraft, wenn bei dem Raube ein Mensch gemartert oder ... eine schwere Körperverletzung oder der Tod desselben verursacht wird.

§ 324. Wer vorsätzlich Brunnen oder Wasserbehälter [3]), welche zum Gebrauche Anderer dienen, oder Gegenstände, welche zum öffentlichen Verkaufe und Verbrauche bestimmt sind, vergiftet oder denselben Stoffe beimischt, von denen ihm bekannt ist, dass sie die menschliche Gesundheit zu zerstören geeignet sind, ingleichen wer solche vergiftete oder mit gefährlichen Stoffen vermischte

---

[1]) Die Busse kann in „allen“ Fällen von Körperverletzung, demnach auch bei solchen durch Fahrlässigkeit erkannt werden. Nur bei Körperverletzungen mit tödtlichem Ausgange ist ihre Anerkennung ausgeschlossen, weil der Verletzte die Rechtskraft des Urtheils erlebt haben muss (Urth. d. R.-G., II. Str.-S. vom 22. Mai 1885). In solchen Fällen ist dann im Zivilprozessverfahren auf Schadenersatz zu klagen; s. S. 128.

[2]) Demnach haben bei derartigen Körperverletzungen, wenn sie Ehefrauen, unter väterlicher Gewalt stehende Kinder oder Beamte in Ausübung ihres Berufes betroffen haben, nicht nur die Verletzten, sondern auch die Ehemänner und Väter (§ 195) bezw. die vorgesetzte Behörde (§ 196) das Recht, den Strafantrag zu stellen. § 198 betrifft die Antragstellung auf Bestrafung bei wechselseitiger Körperverletzung.

[3]) Soweit das Wasser der „Brunnen und Wasserbehälter“ zum unmittelbaren oder mittelbaren Genuss für Menschen oder doch zu einem Zwecke dient, bei dem eine Einwirkung auf den menschlichen Organismus möglich ist.

Sachen [1]) wissentlich oder mit Verschweigung dieser Eigenschaften verkauft, feilhält oder sonst in Verkehr bringt, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren, und, wenn durch die Handlung der Tod eines Menschen verursacht worden ist, mit Zuchthaus nicht unter zehn Jahren oder lebenslänglichem Zuchthaus bestraft.

§ 326. Ist eine der in den §§ 321—324 bezeichneten Handlungen aus Fahrlässigkeit begangen worden, so ist, wenn durch die Handlung ein Schaden verursacht worden ist, auf Gefängniss bis zu einem Jahre, und wenn der Tod eines Menschen verursacht worden ist, auf Gefängniss von einem Monat bis zu drei Jahren zu erkennen.

§ 327. Wer die Absperrungs- und Aufsichtsmassregeln oder Einfuhrverbote, welche von der zuständigen Behörde zur Verhütung des Einführens oder Verbreitens einer ansteckenden Krankheit [2]) angeordnet sind, wissentlich verletzt, wird mit Gefängniss bis zu zwei Jahren bestraft.

Ist in Folge dieser Verletzung ein Mensch von der ansteckenden Krankheit ergriffen worden, so tritt Gefängnissstrafe von drei Monaten bis zu drei Jahren ein.

2. Die Körperverletzungen im Allgemeinen.

Nach den vorstehenden Bestimmungen des Strafgesetzbuches werden also einerseits leichte (§ 223), gefährliche (§ 223a), schwere (§ 224) und tödtliche (§ 226), anderseits vorsätzliche und fahrlässige (§ 230), und unter den letzteren wiederum solche unterschieden, bei denen der Thäter die Aufmerksamkeit, zu der er vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, ausser Augen gesetzt hat (§ 230, Abs. 2).

Verletzungen können durch scharfe, stechende und stumpfe Gewalten zu Stande kommen, ferner durch Schusswaffen, durch Explosion, durch Einwirkung abnormer Temperaturen und durch Aetzmittel. Eine genaue Charakteristik der verschiedenen Noxen und der durch sie veranlassten Störungen werden wir später bei der Besprechung der durch die angeführten Schädlichkeiten verursachten gewaltsamen Todesarten geben.

Was die Aufnahme des Befundes angeht, so gilt als unbedingte Vorschrift, dass ungefähre Grössenangaben u. dgl. absolut zu vermeiden sind. Stets ist die Länge der Wunde, die Weite der Wundränderklaffung, die Grösse der Schwellung mit dem Bandmass genau zu ermitteln, und die Lage der Wunde nach festen Punkten des Körpers ebenfalls durch Messung zu bestimmen. Betreffs der Niederlegung der Befunde in einem Gutachten oder Befundschein u. s. w. sind die S. 35 u. folg. gegebenen allgemeinen Grundsätze zu beachten. Ein Muster-

---

[1]) Zu den mit „gefährlichen Stoffen vermischten Sachen" gehört z. B. trichinenhaltiges Fleisch.

[2]) Auch Trichinose ist im Sinne des § 327 als „ansteckende Krankheit" anzusehen; denn der Gesetzgeber hat bei Erlass der Strafbestimmung Volksseuchen im Auge gehabt, bei denen ein gewisser Krankheitsstoff, Krankheitskeim oder Krankheitserreger die Uebertragung auf den menschlichen Körper vermittelt. Wie solche Uebertragung sich körperlich vollzieht, ob durch äussere Infektion mittels der Haut, ob durch Einathmung oder durch den Genuss gewisser Getränke und Nahrungsmittel, ist für das vorausgesetzte Dasein gemeiner Gefahr bedeutungslos (Urth. d. R. G., III. Str. S., vom 18. Oktober 1890).

Attest über eine „schwere Körperverletzung" wird im Anhange mitgetheilt werden. Die gerichtsärztliche Untersuchung der Verletzten erfolgt nach allgemeinen medizinischen Grundsätzen; einer besonderen Technik bedarf es dazu nicht. Bemerkt sei nur, dass nach Umständen die völlige Klärung eines Falles eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen erheischt. Dieses Verfahren wird später noch in dem die Beurtheilung der Unfallverletzungen behandelnden Theile eine gesonderte Besprechung finden, so dass hier davon Abstand genommen werden kann.

3. Leichte Körperverletzungen.

Soweit die Körperverletzungen nicht mittelst einer Waffe u.s.w. (§ 223a) zugefügt sind oder schwere Folgen im Sinne des § 224 bzw. den Tod zur Folge haben, gelten sie als leichte im Sinne der §§ 223 und 232. Danach versteht der Gesetzgeber unter Körperverletzung sowohl körperliche Misshandlungen als Schädigungen der körperlichen oder geistigen Gesundheit.

Um den Begriff der körperlichen Misshandlung zu erfüllen, ist eine Zusammenhangstrennung der Haut oder anderer Organe nicht erforderlich, sondern es genügt jede vorsätzliche und rechtswidrige Einwirkung auf den Körper eines Anderen, wodurch in diesem eine Störung des körperlichen Wohlbefindens, ein Missbehagen hervorgerufen wird; der betreffende Empfänger braucht diese Störung keineswegs immer als Schmerz zu empfinden (Urth. d. R. G., II. Str.-S., vom 16. April 1889). Im Allgemeinen wird dies allerdings der Fall sein, und zwar kann es sich hier sowohl um Stösse oder Schläge handeln, als auch z. B. um Einflössen einer Flüssigkeit, welche von unangenehmem saurem Geschmack ist und die Empfindung des Stumpfwerdens der Zähne, wenn auch nur vorübergehend hervorruft (Urth. d. R.-G., II. Str.-S., vom 18. Mai 1888). Ebenso kann durch eine Ekel erregende Behandlung des Körpers z. B. Anspeien, eine „körperliche Misshandlung" erzeugt werden, wenn dadurch eine Alteration des körperlichen Wohlbefindens veranlasst wird.

Die Störung des Wohlbefindens muss aber von einer gewissen Erheblichkeit sein, sonst würde schliesslich in jeder kleinen Unannehmlichkeit, jeder Verletzung des Geruchs- und Geschmacksinnes u. s. w. eine Körperverletzung zu finden sein (Urth. des R.-G. vom 2. April 1896). Der Ausdruck „körperliche Misshandlung" weist ferner nach seinem Wortsinn darauf hin, dass darunter eine üble Behandlung des Körpers eines Anderen zu verstehen ist. Den Gegensatz dazu bildet die blosse psychische Einwirkung auf einen Andern, wodurch dessen seelisches Wohlbefinden alterirt wird, z. B. die Verursachung eines heftigen Schreckens. Einwirkungen dieser Art sind nicht als körperliche Misshandlung anzusehen, auch wenn als Folgeerscheinung der psychischen Beeinflussung bei dem Betroffenen ein körperliches Missbehagen eintritt, das in rein geistigen, durch jene Beeinflussung hervorgerufenen Vorstellungen und

Gedankenverbindungen seinen Grund hat (Urth. d. R.-G., IV. Str.-S., vom 11. April 1899).

Unter einer Gesundheitsbeschädigung wird nicht jede Verschlechterung des körperlichen oder geistigen Befindens verstanden, sondern nur eine solche Störung, die als Krankheit gilt. Auch die Verschlimmerung einer bereits bestehenden Krankheit gehört hierher; denn die Anwendung des § 223 setzt keine intakte Gesundheit voraus (Urth. d. R.-G., I. Str.-S., vom 20. Mai 1889). Durch körperliche Misshandlung kann selbstverständlich gleichzeitig eine Beschädigung an der Gesundheit verursacht werden, doch ist dies nicht stets der Fall; ein Schlag z. B. ruft nur unter besonderen Verhältnissen eine solche hervor. Anderseits schliesst eine Beschädigung an der Gesundheit keineswegs immer eine körperliche Misshandlung in sich, z. B. eine durch syphilitische Ansteckung erfolgte Gesundheitsbeschädigung. Wenn Jemand durch Täuschung oder rechtswidrige Einwirkung auf seinen Willen bestimmt wird, selbst etwas zu thun, was eine Beschädigung seiner Gesundheit zur Folge hat, so liegt ebenfalls Körperverletzung im Sinne des § 223 vor (Urth. d. R.-G., IV. Str.-S., vom 30. Nov. 1894).

4. Gefährliche Körperverletzungen.

Der leichten Körperverletzung steht die gefährliche gegenüber, welche dadurch charakterisirt wird, dass sie mittels einer Waffe, insbesondere eines Messers oder eines anderen gefährlichen Werkzeuges, oder mittels eines hinterlistigen Ueberfalles oder von mehreren gemeinschaftlich oder mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung begangen wird. Die gefährliche Körperverletzung wird mit höherer Strafe bedroht als die leichte Körperverletzung; die Bestrafung tritt auch ohne Antrag ein. Der ärztlichen Begutachtung unterliegt von den hier in Betracht kommenden Momenten wohl allein die Frage, ob ein gefährliches Werkzeug gebraucht ist, oder ob eine das Leben gefährdende Behandlung vorliegt.

Unter „gefährlichen Werkzeugen" sind nach dem Urth. d. R.-G., III. Str.-S., vom 10. März 1880 und 7. Juni 1894 nicht nur die eigentlichen Hieb-, Stich-, Stoss- und Schusswaffen, sondern im weiteren Sinne alle Werkzeuge zu verstehen, die nach ihrer objektiven Beschaffenheit und der Art der Benutzung geeignet sind, durch mechanische Einwirkung auf den Körper eines Anderen erheblichere Verletzungen desselben herbeizuführen, z. B. Knüppel, Stöcke, schwere Hausschlüssel, Schlagringe, Wein- und Bierflaschen, Bierseidel, Stuhl- und Tischbeine, Steine, mit Nägeln beschlagene Stiefel u. s. w.

Bei der Beurtheilung der Frage, ob die Körperverletzung mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung begangen ist, kommt es nicht auf die individuelle Körperbeschaffenheit des Verletzten, sondern auf die Schädlichkeit der Behandlung (Urth. d. R.-G., II. Str.-S. v. 8. Juli 1881) an. Diese Behandlung braucht nicht eine thatsächlich das Leben gefährdende gewesen zu sein, sondern es genügt für die An-

wendung des § 223a, dass sie geeignet war, das Leben zu gefährden (Urth. d. R.-G., I. Str.-S., vom 6. Dezember 1886). Ob thatsächlich eine erhebliche Verletzung eingetreten ist oder nicht, ist gleichgültig. Hierher gehören z. B. Stoss ins Wasser, (Urth. d. R.-G., II. Str.-S., vom 8. April 1884), Giessen ätzender Flüssigkeiten ins Gesicht, (Urth.d. R.-G., II. Str.-S., vom 31. März 1882), Hetzen eines bösartigen Hundes u. s. w. (Urth. d. R.-G., I. Str.-S., vom 6. Dezember 1886). Auch die unterlassene oder vernachlässigte Verpflegung eines Verletzten kann als eine das Leben gefährdende Behandlung angesehen werden.

5. Schwere Körperverletzungen.

Die schwere Körperverletzung im strafrechtlichen Sinne ist eine ganz andere als das, was man gemeinhin bezw. im medizinischen Sinne unter einer solchen versteht. Ein Stich in den Bauch oder in den Kopf sind gewiss schwere Körperverletzungen; strafrechtlich lassen sich daraus jedoch an sich zunächst nur qualifizirte, d. h. gefährliche Körperverletzungen konstruiren; ob aber eine schwere Verletzung vorliegt, hängt lediglich davon ab, ob sie eine der im § 224 aufgeführten Folgen: Verlust eines wichtigen Gliedes des Körpers, des Sehvermögens auf einem oder beiden Augen, des Gehörs, der Sprache oder der Zeugungsfähigkeit, erhebliche und dauernde Entstellung, Verfall in Siechthum, Lähmung oder Geisteskrankheit unmittelbar oder mittelbar verursacht hat. (Urth. d. R.-G., IV. Str.-S., vom 12. März 1895). Dabei ist es gleichgültig, ob eine dieser Folgen wegen besonderer Umstände, z. B. besonderer Körperbeschaffenheit des Verletzten, schon vorhandener Krankheit u. s. w. eingetreten ist, ob der betreffende Erfolg nothwendig eintreten musste oder vom Thäter vorausgesehen werden konnte. Entscheidend ist allein, ob die That einen derjenigen Faktoren darstellt, welche den Erfolg verursachten; körperliche Zustände, die an sich nachtheilig und daher auch zur Herbeiführung der Folgen selbst mitgewirkt, bezw. deren Eintritt erleichtert haben, z. B. Alter, dünne Beschaffenheit der Knochen des Schädels u. s. w. bleiben somit ausser Betracht (Urth. d. R.-G., III. Str.-S., vom 28. Sept. 1881 u. 4. Juni 1883).

Bei allen strafrechtlichen Erfordernissen für den Begriff einer schweren Körperverletzung im Sinne des § 224 handelt es sich besonders darum, ob die Berufs- und Erwerbsfähigkeit des Verletzten sowie die Möglichkeit, den menschlichen Verkehr fortzuführen, in erheblichem Maasse eingeschränkt oder überhaupt aufgehoben ist. Demgemäss kommt bei dem **„Verlust eines wichtigen Gliedes des Körpers"** nicht der relative Werth des betreffenden Gliedes, den es für den Verletzten nach dessen natürlichen Verhältnissen (Beruf u. s. w.) hat, in Betracht, sondern sein Werthverhältnis zum Gesammtorganismus, insbesondere das grössere oder geringere Maass der Beeinträchtigung, welche die regelmässigen Funktionen aller Organe durch den Mangel eines oder einzelner Organe durchschnittlich erleiden. Der Verlust

der beiden oberen Glieder des rechten Zeigefingers fällt z. B. nicht unter § 224 (Urth. d. R. G., II. Str. S., vom 9. Juni 1882), wohl aber derjenige von Arm, Bein, Unterarm, Unterschenkel, Hand, Fuss, Daumen, aller oder mehrerer Finger, aller Zehen u. s. w. Finger- oder Zehenglieder sind nicht Glieder eines Körpers, sondern nur Theile eines Gliedes; unter einem solchen ist eben nicht jedes Glied, sondern nur derjenige Theil des Körpers zu verstehen, der eine in sich abgeschlossene Existenz mit besonderer Funktion im Gesammtorganismus hat (Urth. d. R.-G., I. Str. S., vom 7. März 1881). Im Uebrigen muss der Verlust, d. h. die vollständige Abtrennung des Gliedes thatsächlich erfolgt sein; theilweiser Verlust (Verstümmelung), Steifheit u. s. w. gelten nicht als Verlust, sondern fallen eventuell unter »Lähmung«.

Unter **Verlust des Sehvermögens** auf einem oder beiden Augen ist die Unfähigkeit zu verstehen, äussere Gegenstände als solche mit dem verletzten Auge wahrzunehmen. Herabsetzung des Sehvermögens bis auf den Grad, dass nur noch Lichtempfindung (Unterscheidung von hell und dunkel) auf einem oder beiden Augen besteht, ist gleichbedeutend mit dessen Verlust im Sinne des Gesetzes. Können dagegen noch Gegenstände erkannt werden (z. B. Finger auf 30 cm Entfernung), so liegt ein Verlust des Sehvermögens nicht vor (Urth. d. R. G. vom 28. September 1881, 2. Oktober 1883 und 4. Mai 1886). Ein solcher ist jedoch auch dann anzunehmen, wenn die Möglichkeit der Wiederherstellung der Sehkraft durch operative Eingriffe nicht ausgeschlossen ist; auch braucht die Körperverletzung nicht die ausschliessliche Ursache zu sein (Urth. d. R. G., II. Str. S., vom 6. März 1895). Die wichtigsten in Betracht kommenden Sehstörungen sind zunächst: Verlust eines Auges durch die Verletzung resp. durch die nothwendig gewordene Enukleation, ferner schwere Narben der Cornea, Verwachsung der Augenbindehäute (Symblepharon) und der Lider (Ankyloblepharon), so dass der Sehakt auf dem betreffenden Auge unmöglich wird, traumatische Abhebungen der Retina, Verletzungen des Sehnerven durch Basisfrakturen, Kontusionen und schliesslich Verletzungen des Sehzentrums.

Bei der gerichtsärztlichen Feststellung des Sehvermögens ist nicht ausser Acht zu lassen, dass häufig ein Verlust desselben behauptet wird, ohne dass er wirklich vorhanden wäre. Derartige Vortäuschungen aufzudecken, ist unter Umständen ausserordentlich schwierig und erfordert spezialistische Untersuchungsmethoden. Im Allgemeinen wird man durch eine genaue Untersuchung des Auges stets eine Anomalie feststellen können; Fälle von negativem Befund sind bei Erblindung nach Hirschberg äusserst sparsam und zum Theil selbst zweifelhaft. Sodann ist auf das Verhalten der Pupillarreaktion zu achten und zwar sowohl bei Lichteinfall, als bei Konvergenz: insbesondere ist bei letzterer Untersuchung festzustellen, ob überhaupt der Augapfel sich noch am Sehakte betheiligt. Man kann die Untersuchung noch dadurch ergänzen, dass man das angeblich erblindete

Auge bei verschiedenen, zu fixirenden Gegenständen zunächst bedeckt hält und sodann plötzlich die Hand entfernt, oder dass man mit einem Prisma das angeblich erblindete Auge verdeckt; tritt hinter dem Prisma ein gewisses Unduliren des Auges ein, so geht daraus hervor, dass sich dieses noch am Sehakt betheiligt, völlige Erblindung also ausgeschlossen ist. Ferner kann man mit dem Prisma noch eine andere Prüfung vornehmen, indem man dieses vor das angeblich gesunde Auge hält und den zu Untersuchenden nach dem Vorhandensein von Doppelbildern fragt. Das Prisma lenkt die Sehprobe nach der Seite der scharfen Kante ab und der Patient sieht, wenn er simulirt, ein Doppelbild (Gräfe'scher Versuch). Abgesehen von diesen Proben wird auch unter Umständen die Prüfung mit dem Stereoskop eine einwandfreie Diagnose gestatten. Dieses von Rabl-Rückhard angegebene Verfahren beruht darauf, dass der betreffenden Person ungleiche Bilder vorgelegt werden, welche sich beim binokulären Sehen nicht genau decken. Nimmt diese nun Farben und Bilder wahr, welche sich nur vor dem angeblich blinden Auge finden, so ist sie überführt. Erwähnt sei ferner der Kugel'sche Versuch, welcher in der Weise angestellt wird, dass man zwei gleichgefärbte Gläser vor die beiden Augen bringt, ein durchsichtiges vor das angeblich erblindete, und ein undurchsichtiges vor das gesunde.

Haupt giebt dem zu Untersuchenden eine Brille, welche für das gesunde Auge ein rothes, für das angeblich erblindete ein weisses Glas enthält und lässt grüne Schrift auf schwarzem Grunde lesen. Der einseitig Blinde sieht nichts, da rotes Glas grüne Strahlen absorbiert, der Simulant liest mit seinem angeblich erblindeten Auge die Schrift und giebt sogar ihre Farbe an.[1]) Im Uebrigen mag noch auf andere, mehr grobe Verfahren hingewiesen werden, z. B. rasches Bewegen des Fingers gegen das angeblich erblindete Auge; Verfahren, die zu bekannt sind, um hier ausführlicher besprochen zu werden.

Soll **Verlust des Gehörs** als schwere Körperverletzung gelten, so muss auf beiden Ohren Taubheit vorhanden sein, während bei dem Verlust des Sehvermögens schon Blindheit auf einem Auge genügt.

Das Gehör stellt die Fähigkeit dar, artikulirte Laute durch das Ohr zu unterscheiden; mit dem Verlust dieser Fähigkeit deckt sich somit derjenige des Gehörs. Fälle, bei denen durch eine Verletzung auf beiden Ohren Taubheit entsteht, dürften sehr selten sein; zu nennen wären hier wohl nur doppelseitige Labyrintherschütterungen und Felsenbeinfrakturen, sowie Obliteration beider äusserer Gehörgänge nach Besprengen mit ätzenden Flüssigkeiten. Häufiger dürfte der Fall eintreten, dass bereits bei einseitig bestehender Taubheit eine Verletzung des bis dahin gesunden Ohres völlige Taubheit bewirkt.

Bei gerichtsärztlichen Prüfungen dieser Art spielt die Simulation auch eine grosse Rolle. Handelt es sich um eine solche

[1]) Vgl. von Hofmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin (Wien und Leipzig 1895) sowie Becker: Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit (Berlin 1899).

von doppelseitiger Taubheit, auf die es hier einzig ankommt, so ist neben der Anamnese und dem objektiven Befund besonders das Mienenspiel des zu Untersuchenden von Wichtigkeit. Ein Simulant ermüdet bei andauernder Untersuchung leicht, während ein Tauber stets den eigenthümlich gespannten Gesichtsausdruck bewahren wird. Auf ehrenrührige Bemerkungen des Arztes (z. B. der Betreffende habe Läuse auf dem Kopf, auf dem Arm u. s. w., die Hosenklappe stände ihm offen) wird der Simulant irgendwie reagiren, der Taube nicht. Fällt hinter dem Simulanten ein schwerer Gegenstand zu Boden, so wird er ruhig sitzen bleiben, der Taube aber wird sich, durch die Bodenerschütterung aufmerksam gemacht, gerade umwenden.

Unter **Verlust der Sprache** ist derjenige der Artikulation zu verstehen. Heiserkeit und Aphonie bedingen keinen Sprachverlust, vielmehr ist es nöthig, dass in Folge der Verletzung entweder im zentralen Sprachzentrum oder in den lautbildenden Organen (Zunge, Gaumen, Kehlkopf) Störungen verursacht sind, durch welche eine Artikulation unmöglich gemacht wird. Stimmlosigkeit (z. B. bei Hysterischen sowie bei Recurrenslähmung) fällt ebenso wie Heiserkeit nicht unter »Verlust der Sprache«.

Bei dem **Verlust der Zeugungsfähigkeit,** d. h. der Begattungsfähigkeit (Potentia coeundi) bei beiden Geschlechtern, der Zeugungfähigkeit (Potentia generandi) beim Manne, der Empfängniss- und Geburtsfähigkeit (Potentia concipiendi und parturiendi) beim Weibe kann es sich sowohl um zentrale, als peripherische Störungen ähnlich wie beim Verlust der Sprache handeln. Auch bei fortdauerndem Vermögen zur Beischlafsvollziehung kann Verlust der Zeugungsfähigkeit vorliegen. Bezüglich der in Betracht kommenden Anomalien verweisen wir auf die entsprechenden Ausführungen im Abschnitt III dieses Theiles.

Der Begriff der **erheblichen dauernden Entstellung** unterliegt im Allgemeinen nicht der ärztlichen Begutachtung; im Uebrigen kommt es hier darauf an, dass eine Entstellung in dem angedeuteten Sinne die äussere gesammte Erscheinung des Menschen und zwar des bekleideten Menschen wesentlich verschlechtert (Urth. d. R. G., III. Str.-S., vom 1. Februar 1882); ob die Entstellung verdeckt werden oder durch Operation gehoben werden kann, ist vollkommen gleichgültig. Das etwaige Verbergen der Entstellung kann nur dann das Begriffsmerkmal der Entstellung beseitigen, wenn sich diese an einem Körpertheile befindet, der regelmässig sich den Blicken anderer Personen entzieht oder derart bedeckt zu sein pflegt, dass die Entstellung nur unter besonderen Umständen nach aussen erkennbar sein und als solche empfunden werden würde (Urth. d. R.-G., I. Str.-S., vom 1. Oktober 1886).

Verfall in Siechthum im Sinne des § 224 ist ein chronischer Krankheitszustand, der den ganzen Menschen in gewissem Grade schwer benachtheiligt; es kommt darauf an, ob durch die Krankheit die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des mit ihr Behafteten, oder, falls von einer solchen nicht die Rede ist, dessen allgemeine Leistungsfähigkeit in erheblicher Weise beeinträchtigt

wird (Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen v. 16. Mai 1877 sowie Urth. d. R.-G. vom 9. April 1885 u. 13. Januar 1888). Der Zustand braucht an sich kein bleibender zu sein, muss aber immerhin eine längere, jedenfalls nicht absehbare Dauer besitzen. Demnach ist es auch nicht erforderlich, dass die „Siechthum" bedingende Krankheit unheilbar ist (Urth. d. R.-G. vom 8. Dezember 1890).

Den **Verfall in Lähmung** hat das Reichsgericht (I. Str.-S.) durch Urtheil vom 8. Dezember 1890 anders definirt als die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen in ihrem Gutachten vom 26. Juli 1871. Während diese nämlich unter Lähmung die Unfähigkeit versteht, einen bestimmten Bewegungsapparat des Körpers zu derjenigen Bewegung zu gebrauchen, für welche er von der Natur eingerichtet ist, braucht nach jenem Urtheil des Reichsgerichts diese Unfähigkeit keine totale zu sein, es genügt vielmehr eine wesentliche, erhebliche Beeinträchtigung einer wichtigen Funktion in dem Bewegungsapparat des Körpers. Es ist beachtenswerth, wie weit sich hier der juristische Sprachgebrauch vom medizinischen entfernt! Eine derartige wichtige Störung im Bewegungsapparat des Körpers kann sowohl auf einer Erkrankung des Nervensystems (peripherischen oder zentralen) beruhen, als auf einer solchen des Muskelsystems; auch Narbenbildung, Kontrakturen, sehr schlecht geheilte Frakturen u. dgl. m. können sie bedingen. Eine weitere Forderung für den Begriff „Verfall in Lähmung" ist, dass sie sich als eine dauernde Krankheitserscheinung charakterisiren muss. Es ist aber ebensowenig wie bei dem Verfall in Siechthum erforderlich, dass die Lähmung unheilbar oder die Möglichkeit einer Besserung ausgeschlossen ist.

Ueber **Verfall in Geisteskrankheit,** betreffs dessen auf den III. Theil des Werkes: »gerichtliche Psychiatrie« verwiesen wird, möge nur so viel gesagt sein, dass auch hier ein dauernder Krankheitszustand erforderlich ist, Unheilbarkeit aber nicht zu den Postulaten des § 224 gehört. Nicht hierher gehören vorübergehende Betäubungen als Theilerscheinungen eines körperlichen Leidens (Gehirnerschütterung, Fieberdelirium u. s. w.). Wichtig ist der Nachweis des ursächlichlichen Zusammenhanges zwischen Verletzung und Geisteskrankheit. Ein solcher ist z. B. auch dann anzunehmen, wenn die Misshandlung oder Verletzung anfangs nur eine heftige Gemüthserregung hervorgerufen hat, und erst in Folge deren die Geisteskrankheit zum Ausbruch gelangt ist. Ebenso ist es gleichgültig, ob die letztere unmittelbar durch die Verletzung der Gehirnsubstanz oder mittelbar dadurch verursacht ist, dass die Misshandlung zunächst eine Nervenerschütterung, Gemüthsbewegung oder eine körperliche Krankheit hervorruft; es genügt, wenn sie einer der Umstände war, die wegen ihres Zusammentreffens die Ursache der Geisteskrankheit bilden (Urth. d. R.-G., IV. Str.-S., vom 12. März 1895).

6. Körperverletzungen mit tödtlichem Ausgang.

Eine erhebliche Strafverschärfung tritt ein, wenn durch die Körperverletzung der Tod des Verletzten verursacht worden

ist (§ 226 St.-G.-B.). Gerichtsärztlich ist in solchen Fällen der Nachweis des mittelbaren oder unmittelbaren **ursächlichen Zusammenhanges** zwischen Körperverletzung und Tod zu erbringen.

Unmittelbar den Tod bewirken zunächst schwere Zertrümmerungen lebenswichtiger Organe, so des Gehirns, des Herzens, Eröffnungen des Brustkorbes mit Lufteintritt in beide Pleurahöhlen, ferner schwere nervöse Alterationen, die mit einer Herabsetzung der wichtigsten Lebensvorgänge Hand in Hand gehen. In erster Linie ist hier der Shock zu nennen; man versteht darunter eine durch Reizung peripherischer Nerven erzeugte Lähmung des verlängerten Markes und dadurch hervorgerufenen Herzstillstand. Gerade bei der Diagnose Shock wird man sehr vorsichtig sein müssen; sie erscheint nur dann gerechtfertigt, wenn man alle anderen Erkrankungen, insbesondere Erkrankungen des Herzens, welche primär einen Herzstillstand hervorrufen können, auszuschliessen vermag. Zweitens gehört hierher Lähmung der Gefässnerven insbesondere im Bauch, wo durch Hyperämie der Gefässe eine plötzliche Gehirnanämie zu Stande kommen kann; auch die Gehirnerschütterung ist hierher zu rechnen.

Eine unmittelbare Todesursache bilden ferner meistens die durch Verletzung hervorgerufenen Anomalien im Gefässsystem. Namentlich ist hier die Verblutung zu erwähnen; auch kommt der Eintritt von abnormem Inhalt in den Kreislauf in Betracht, z. B. der Eintritt von Luft in die Venen und die so veranlasste Luftembolie. Dieselbe kommt in der Weise zu Stande, dass in die eröffneten Venen Luft eintritt, welche, das rechte Herz ballonartig ausdehnend, durch plötzliche Stockung des Kreislaufes den Tod verursacht. Auch die Fettembolie gehört hierher. Durch Zermalmung fetthaltigen Gewebes und zwar sowohl fetthaltiger Knochenabschnitte, als auch des Unterhaut-Fettgewebes kann eine derartige Ueberschwemmung des Blutes mit freigewordenem Fett eintreten, dass plötzlich der Tod durch Fettembolie eintritt. Die Fundstellen derartiger Fettembolien sind hauptsächlich die Lungen, die dann in einem mehr oder weniger grossen Theil ihrer Kapillaren Fett aufweisen. Auch andere Organe können von der Fettembolie betroffen werden, sobald nämlich der kleine Kreislauf von dem flüssigen Fett passirt ist, oder wenn das Blut aus dem rechten Vorhof durch das offen gebliebene Foramen ovale unmittelbar mit Vermeidung des Lungenkreislaufs in den linken Vorhof gelangt. Insbesondere sind im Gehirn und in den Nieren Fettembolien beobachtet.

Als unmittelbare Todesursache nach Verletzungen ist endlich noch zu erwähnen die Blutaspiration, die im Anschluss an eine Verletzung der oberen Luftwege oder auch an eine Kopfverletzung, insbesondere eine Schädelbasis-Fraktur in einem so starken Grade zu Stande kommen kann, dass allein durch sie der Tod unmittelbar eintritt.

Diesen unmittelbaren Todesursachen als Verletzungsfolgen stehen die mehr **mittelbaren** gegenüber, welche zeitlich durch

einen gewissen Zwischenraum von der Verletzung getrennt sind, und deren ursächlicher Zusammenhang in jedem einzelnen Falle besonders nachzuweisen ist.

Mehrere Gruppen von Erkrankungen sind hier auseinander zu halten: 1. solche, die durch die primäre Schädigung eines Organs in mehr oder weniger langer Zeit zum Tode führen können, indem sich im Anschluss an die Verletzung allmählich gefahrdrohende Erkrankungen in mehr oder weniger grosser Nähe der primären Gewalteinwirkung entwickeln, 2. durch die Verletzung hervorgerufene Störungen in der Gesammternährung des Organismus, und 3. das grosse Gebiet der septischen Erkrankungen und Wund-Infektions-Krankheiten.

Zur ersteren Gruppe würden zu rechnen sein: Hirn-Kontusionen im Anschluss, an welche sich eine erneute Extravasirung, eine sogenannte Spät-Apoplexie entwickelt, ferner Hirnabszesse, die auf komplizirte oder nicht komplizirte Schädelfrakturen, in letzterem Falle wohl meist durch Infektion von der Basis her folgen, ebenso Rückenmarksentzündungen auf traumatischer Basis, auch die ausserordentlich seltenen Fälle von traumatischer Tabes, traumatischem Diabetes, traumatischen Hirntumoren oder von Tumoren an anderen Organen des Körpers, deren Zusammenhang mit einer Körperverletzung unter Umständen nicht mehr bestritten werden kann, aber in jedem einzelnen Falle genauer Prüfung bedarf. Ebenso gehören hierher auch Fälle von Hämoptoë nach Lungenkontusion, von Herzklappenfehlern durch Trauma, von traumatischer Leukämie und weiter von Tuberkulose der Gelenke nach deren Verletzung. In jedem einzelnen Falle wird es genauer Untersuchung bedürfen, insbesondere wird der Nachweis zu erbringen sein, dass thatsächlich auf die Körperverletzung hin diese Erkrankungen entstanden sind, oder dass ohne die Körperverletzung die letale Erkrankung nicht eingetreten wäre, und dass sich nicht Spuren der Erkrankung bereits vor der Körperverletzung gezeigt haben. Wenn das betreffende Trauma die Erkrankung nicht veranlasst, sondern etwa nur beschleunigt hat, so wird man sich vor Augen halten müssen, dass die Erkrankung eben schon bestand, dass sie als solche eine gefahrdrohende war, dass sie auch ohnehin zum Tode hätte führen können, und dass endlich zwischen ihrem Entstehen und der Verletzung ein ursächlicher Zusammenhang nicht erweisbar ist oder ganz in der Luft schwebt.

Der zweiten Gruppe von mittelbaren Todesursachen gehören zunächst Fälle von hypostatischer Pneumonie an. Es wird in solchen Fällen ein ursächlicher Zusammenhang mit der Verletzung dann vorhanden sein, wenn mit Sicherheit feststeht, dass vor der Verletzung, insbesondere bei der ärztlichen Untersuchung unmittelbar nach dieser, keine Spur eines Bronchialkatarrhs oder einer anderen hierher gehörenden Erkrankung bestand, sodass thatsächlich die Lungenentzündung allein auf die Rechnung der Verletzung zu setzen ist. Weiter kommen in Betracht diejenigen Verletzungen, bei denen sich eine Schluck-Pneumonie entwickelt. Es wird in solchen

Fällen natürlich wesentlich auf den Sektionsbefund ankommen, ob in der That die Kriterien einer solchen Erkrankung zutreffen; im Uebrigen wird das soeben über die hypostatische Pneumonie Gesagte zu erwägen sein. Ferner sind hier zu erwähnen diejenigen Fälle von Körperverletzungen, bei welchen sich im Anschluss an diese ein tötliches Delirium tremens entwickelt.

Bei der dritten, das grosse Gebiet der Wund-Infektionskrankheiten umfassenden Gruppe wird ganz besonders zu ermitteln sein, ob nicht etwa eine andere Quelle für eine Sepsis oder eine Pyämie im Körper vorhanden ist, das heisst, ob nicht etwa durch eine andere Eingangspforte, als es die durch die Körperverletzung gesetzte Zusammenhangstrennung ist, die Infektion erfolgen konnte. Zu nennen sind hier besonders die Tonsillen, chronische Mittelohrkatarrhe, Eiterungen in den Nebenhöhlen der Nase, Abszesse der verschiedensten Art, subphrenische, perityphlitische, periproktitische, periurethrale u. s. w.; können sie alle doch den Ausgangspunkt einer Pyämie oder einer Sepsis ihrerseits darstellen. Im Uebrigen ist weiter auseinander zu halten, dass die Krankheitskeime nicht nur im Moment der Verletzung, sondern auch später in die Wunde eindringen können. Es wird daher, um eine derartige Frage sicher beantworten zu können, erforderlich sein, festzustellen, wann die ersten Infektionserscheinungen aufgetreten sind, das heisst, es wird nothwendig sein, zur Klarstellung des Falles eine genaue Krankheitsgeschichte zu besitzen.

Bekanntlich unterscheiden wir unter den Wund-Infektionskrankheiten die lokalen von den allgemeinen Erkrankungen. Zu den ersteren rechnen wir lokale Wundentzündungen, Entzündungen der benachbarten Lymphgefässe, phlegmonöse Prozesse in der Umgebung der Wunde, zu den letzteren das Erysipel, die Septicämie und die Pyämie, die sich bekanntlich von der Septicaemie durch das Auftreten multipler Eiterherde unterscheidet, und den Tetanus. Gerade für die letztere Erkrankung gilt, was auch für die übrigen allgemeinen Wund-Infektionskrankheiten zu wünschen wäre: eine genaue bakteriologische Sicherung der Diagnose durch Aussaat oder durch Impfung.

7. Vorsätzliche und fahrlässige Körperverletzungen. Kunstfehler, Grenzen der ärztlichen Befugnisse.

Als „**vorsätzliche**“ Körperverletzungen sind alle diejenigen anzusehen, die aus dem Willen, sie zu begehen, hervorgegangen sind. Es kommt daher nicht darauf an, welche Absicht den Thäter leitete, oder welchen Zweck er verfolgte; die Körperverletzung ist auch dann als eine vorsätzlich verübte anzusehen, wenn Absicht oder Zweck an sich erlaubt (z. B. Operation mit Zustimmung des Operirten) oder berechtigt ist (z. B. bei der Voraussetzung der Nothwehr). Im Allgemeinen gehört

aber zum Begriff der »Vorsätzlichkeit« im Sinne der § 223 ff. Str. G. B., dass sich der Thäter bei seinem Handeln auch der Rechtswidrigkeit desselben bewusst gewesen ist (Urth. d. R. G., III. Str. S., vom 31. Mai 1894). Demgegenüber setzt **„Fahrlässigkeit"** (§ 230 St. G. B.) eine pflichtwidrige Ausserachtlassung der durch die konkreten Umstände des einzelnen Falles gebotenen Sorgfalt und Aufmerksamkeit voraus, bei deren Anwendung der eingetretene, für den Thäter vorhersehbare Erfolg sich hätte vermeiden lassen (Urth. d. R. G., III. Str. S., vom 19. Februar 1900). Zur Annahme einer fahrlässigen Körperverletzung ist demnach erforderlich, dass der Thäter den eingetretenen Erfolg, der die Vorbedingung der Strafbarkeit nach § 230 bildet, bei gewöhnlicher Vorsicht hätte voraussehen müssen; er braucht sich jedoch der Fahrlässigkeit seiner Handlungsweise keineswegs auch bewusst gewesen zu sein. Dadurch, dass der Verletzte selbst oder ein betheiligter Dritter auch noch fahrlässig gehandelt hat, wird die Schuld nicht ausgeschlossen (Urth. d. R. G., II. Str. S., vom 13. Oktober 1891), dagegen kann Jemand, z. B. ein Arzt, wegen Gesundheitsbeschädigung, die durch unrichtige Anwendung der von ihm getroffenen sachgemässen Anordnungen seitens der Kranken oder deren Angehörigen oder seitens des Gehülfen hervorgerufen ist, strafrechtlich nicht verantwortlich gemacht werden; denn eine fahrlässige Körperverletzung setzt voraus, dass der Thäter die Handlung selbst vorgenommen hat (Urth. d. R. G. vom 23. September 1887). Zu den fahrlässigen Körperverletzungen, bei denen verhältnissmässig häufig die Thätigkeit des Gerichtsarztes in Anspruch genommen wird, gehören z. B. die bei Ausübung des Züchtigungsrechtes hervorgerufenen, insbesondere, wenn es sich um Ueberschreitung desselben seitens der Lehrer u. s. w. handelt. Nach der konstanten Rechtsprechung des Reichsgerichts ist jede Züchtigung, welche die in Bezug auf die Voraussetzung, das Maass und die Mittel gezogenen Grenzen nicht innehält, rechtswidrig und darum als vorsätzliche oder fahrlässige strafbar, je nachdem die Ueberschreitung bewusster oder fahrlässiger Weise geschehen ist. Auch unbeabsichtigte Verletzungen eines Anderen, wenn ein Dritter gemeint war, sind als fahrlässige aufzufassen.

Besondere Bedeutung hat aber § 230 für die **ärztlichen Kunstfehler**[1]), die unter Abs. 2 dieses Paragraphen fallen, da sie

---

[1]) Für den Begriff „ärztliche Kunstfehler" hat es der Gesetzgeber mit Recht abgelehnt, eine besondere Definition zu geben etwa in der Weise, wie sie seiner Zeit von der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Vorschlag gebracht war: „Approbierte Medizinalpersonen, welche in Ausübung ihres Berufes aus Mangel an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht und zuwider allgemein anerkannten Regeln der Heilkunst durch ihre Handlungen und Unterlassungen die Gesundheit eines ihrer Behandlung übergebenen Menschen beschädigt haben, sollen ... bestraft werden." Ein Codex allseitig anerkannter Regeln der Heilkunde lässt sich nicht aufstellen; denn ein Heilverfahren, das Jahrzehnte hindurch als zweckentsprechend angesehen ist, kann durch die Fortschritte der Wissenschaft und Erfahrung später als ein „fahrlässiges" verurtheilt werden; viel richtiger ist es daher, wenn die Beurtheilung der ärztlichen Kunstfehler nach den auch für andere Berufsarten in

denjenigen fahrlässigen Körperverletzungen zuzurechnen sind, bei denen der Thäter die besondere Aufmerksamkeit, zu der er wegen seines »Berufes« oder »Gewerbes« verpflichtet war, ausser Acht gelassen hat. Sie werden in Folge dessen mit höherer Strafe geahndet und bedürfen keines Strafantrages des Geschädigten, sondern werden von dem Staatsanwalt ex officio verfolgt, sobald er von ihnen Kenntniss erhält.

In ähnlicher Weise bestimmt § 222 St. G. B., dass, wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, und zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, mit Gefängniss bis zu 5 Jahren bestraft werden kann. Indem wir bezüglich des ursächlichen Zusammenhanges sowohl auf das pg. 113 und 118 Gesagte, als auch auf die einschlägigen Kapitel über die gewaltsamen Todesarten verweisen, bemerken wir hier noch, dass der Causalnexus zwischen einer fahrlässig herbeigeführten Wunde und dem Tode des Verletzten nicht durch den Nachweis beseitigt wird, dass das Verhalten des Verletzten die Wunde zu einer tödtlichen gemacht hat.

Soll § 230 Abs. 2 Anwendung finden auf eine angeblich durch ärztliche Maassnahmen bedingte Gesundheitsbeschädigung, so ist vor allen Dingen der Nachweis zu erbringen, dass überhaupt eine Gesundheitsschädigung des Betreffenden herbeigeführt ist. Eine falsche Diagnose oder eine falsche Behandlung allein macht noch keinen Kunstfehler aus; ein solcher ist erst für vorliegend zu erachten, wenn durch die unrichtige Erkennung der Krankheit oder die fehlerhafte Behandlung wirklich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein-

---

Betracht kommenden allgemeinen Gesichtspunkten geschieht. Ebenso hat der Reichstag seiner Zeit alle Anträge, die für die Beurtheilung der Kunstfehler und sonstigen Fahrlässigkeiten des Arztes mildere Bestimmungen forderten, abgelehnt, indem er sich auf den Standpunkt stellte, dass, nachdem die Ausübung der Heilkunde gänzlich freigegeben sei, es um so nothwendiger sei, Kunstfehler der sie ausübenden Personen streng zu ahnden, falls dadurch nachtheilige Folgen für das Leben und die Gesundheit der behandelten Personen herbeigeführt sind. Die ärztliche Approbation ist eben, wie Casper sehr richtig bemerkt, „kein Freipass zu beliebigen Kreuz- und Querzügen im Bereiche der Gifte und scharfen Messer. Gewiss hat der Arzt ein Recht zu fordern, dass neben den Ueberlieferungen der Schule auch seine individuelle Erfahrung, sein individuelles künstlerisches Talent und sein Gewissen als Leitstern für sein Verfahren respektirt werden. Die Erfahrung hat aber leider! gezeigt, dass der Begriff Erfahrung gemissbraucht und falsch verstanden wird, dass Eitelkeit ein Talent als vorhanden erwähnt, das gar nicht vorhanden ist, dass das Gewissen ein weiter Mantel, dass krasse Unwissenheit, die Sucht zu glänzen, Aufsehen zu erregen und dadurch eine Stellung zu gewinnen, die auf rechtlichem Wege schwer voraussichtlich war, und viele andere Verlockungen auf das Heilverfahren des Arztes zum grössten Nachtheile des öffentlichen Wohles einwirken können.“ Der Arzt soll sich stets darauf prüfen, ob er die erforderlichen Kenntnisse und Geschicklichkeiten im Einzelfalle besitzt; er kann Alles machen, nur muss er es verstehen (Strassmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin; Stuttgart 1895, S. 547.) und sich anderseits jederzeit vergegenwärtigen, dass er im Glashause sitzt und Rach- oder Gewinnsucht undankbarer Patienten wie Missgunst neidischer Kollegen ihn nur zu leicht in unangenehme Berührung mit dem Staatsanwalt bringen können“ (Rapmund und Dietrich: Aerztliche Rechts- u. Gesetzkunde; Leipzig 1899, S. 101.).

getreten ist. Auch die vorübergehende Verschlimmerung einer Krankheit durch mangelhafte Behandlung eines Arztes ist als fahrlässige Körperverletzung zu betrachten, denn der § 230 setzt ebenso wie § 223 des Str. G. B. keineswegs einen noch intakten Gesundheitszustand zu seiner Anwendung voraus. Es ist darum die Verschlimmerung einer Krankheit als eine Beschädigung der Gesundheit anzusehen (Urth. d. R. G., I. Str. S., vom 20. Mai 1884). Nothwendig ist jedoch, dass ein unmittelbarer oder mittelbarer ursächlicher Zusammenhang zwischen der behaupteten fehlerhaften Handlungsweise und dem eingetretenen Erfolge nachgewiesen wird.

Ein solcher Zusammenhang ist mit Gewissheit nur selten zu erbringen; nach dem Urth. d. R. Ger. vom 12. Jan. 1894 genügt es jedoch, wenn sich „nach dem regelmässigen Gange der Dinge, wie er sich erfahrungsgemäss in den meisten Fällen zu gestalten pflegt, die Wahrscheinlichkeit eines gewissen hypothetisch unterstellten Kausalverlaufes ergiebt, da für die Beantwortung solcher hypothetischen Fragen eine absolute Gewissheit niemals und nirgends existirt". Freilich muss der Arzt seine ihm in Folge seines Berufes obliegende besondere Aufmerksamkeit ausser Acht gelassen und die Möglichkeit des eingetretenen schlechten Erfolgs haben voraussehen können. Eine Fahrlässigkeit wird nach der Judikatur des Reichsgerichts aber auch dann für vorliegend erachtet, wenn der betreffende Arzt den Mangel eigener Fertigkeiten und Kenntnisse nicht durch Zuziehung von Sachverständigen ergänzt hat (Urth. d. R. G., I. Str. S., vom 23. April 1880).

Treffen diese Kriterien zu, dann wird der ärztliche Sachverständige in solchen Fällen, den schwersten, welche seiner Begutachtung unterliegen, nicht umhin können, sein Gutachten dahin abzugeben, dass eine Fahrlässigkeit vorliegt. Sind dagegen die Umstände des Falles derart, dass ein in Folge aussergewöhnlicher Umstände bedingtes Missgeschick angenommen werden muss, wie solches auch verschiedentlich Operateuren von spezialistischer Erfahrung und Gewandtheit zugestossen ist, und dass sich der Arzt im Rahmen seines technischen Könnens gehalten hat, dann wird das Gutachten des ärztlichen Sachverständigen dies hervorzuheben haben und insbesondere das dritte Thatbestands-Merkmal, die Voraussehbarkeit des eingetretenen Falles verneinen. Dasselbe gilt, wenn es unmöglich war, weitere und besonders sachverständige ärztliche Hülfe heranzuziehen; wenn also der Arzt gleichsam im Drange der Noth zur schnellen Entschliessung gezwungen war und in Folge dessen ein unrichtiges, unter anderen Verhältnissen nicht zu rechtfertigendes Verfahren eingeschlagen hat.

Eine genaue Feststellung und Prüfung des ganzen Sachverhaltes, namentlich des Sektionsbefundes, wenn der Tod die Folge des behaupteten Kunstfehlers war, ist in solchen Fällen doppelt nothwendig; so wird man z. B. bei einem Falle von Gangrän in Folge eines zu eng angelegten Verbandes zu ermitteln haben, ob nicht etwa die zuführenden arteriellen Ge-

fässe durch die primäre Verletzung zerstört worden sind, und hierauf die Gangrän zurückzuführen ist.

Zu den Kunstfehlern[1]) rechnen wir zunächst solche therapeutischen Massnahmen, wo eine verkehrte Behandlung aus Irrthum stattfand. Die operative Eröffnung eines Aneurysmas, das für einen Abszess gehalten war, gehört hierher — übrigens ein Fall der dem bekannten Chirurgen Liston passierte; ferner die Amputation eines Gliedes wegen eines einfachen Geschwürs, das der betreffende Arzt für Gangrän gehalten hatte; auch die fehlerhafte Behandlung von Beinbrüchen nach Verkennung derselben, das Anschneiden der für die Eihaut gehaltenen Kopfgeschwulst eines in der Geburt befindlichen Kindes u. s. w. Dagegen können auf grober Unkenntniss und Unaufmerksamkeit beruhende Irrthümer nicht als strafbare Kunstfehler angesehen werden; denn sie sind durch die Unzulänglichkeit des menschlichen Erkennens, Wissens und Könnens bedingt und demgemäss entschuldbar.

Eine zweite Gruppe von Kunstfehlern bilden diejenigen Fälle, bei denen das Leiden zwar richtig erkannt, die Behandlung aber fehlerhaft war. Zu erwähnen sind hier z. B. die Behandlung von Krätze durch Einreibung von konzentrirter Karbolsäure, die Verordnung von Klystiren mit 3%iger Karbolsäure zur Beseitigung von Oxyuren (Urth. d. Landgerichts in Koblenz v. 20. Januar 1893) oder die mangelhafte Beachtung einer Stomatitis im Verlaufe einer antisyphilitischen Schmierkur mit grauer Salbe, die schliesslich zu einer narbigen Verwachsung von Zunge, Rachen und Kiefer und weiter zum Hungertode führte. Auch die Darreichung von Secale bei einer Querlage in der Eröffnungsperiode gehört hierher. Eine Ruptura uteri intra partum wird nur dann als Kunstfehler gelten können, wenn die Indikationsstellung oder das gewählte operative Verfahren fehlerhaft waren; lässt sich dieses nicht mit Sicherheit feststellen, so wird man auch nicht zu erweisen vermögen, dass ein Kunstfehler begangen ist.[2])

---

[1]) Drasche: Bibliothek der gesammten med. Wissenschaften. Band Hygiene und Gerichtliche Medizin. Wien und Leipzig 1899. Artikel „Kunstfehler" bearbeitet von Kratter.

[2]) Fritsch sagt: „Nicht das ist bei der „Uterusruptur in foro" die Frage, ist sie eine spontane oder violente, sondern war der Eingriff des Arztes gerechtfertigt? Ist dieses nicht der Fall, kann man nachweisen, dass überhaupt kein Grund, zu operiren, vorlag, war z. B. das Becken weit und die Kindeslage gut, haben viele gut verlaufende Geburten stattgefunden, hat der Arzt, nur um bald fertig zu werden, eine Wendung forcirt, so wird er auch für allen Schaden verantwortlich gemacht werden müssen, der durch diese indikationslose Operation angerichtet ist. Denn es wird nicht der Kunstfehler an sich bestraft, sondern die Fahrlässigkeit, mit der alle Regeln der Kunst ausser Acht gesetzt sind. Operirte aber der Arzt bei engem Becken, verschleppter Querlage, bei einer Missbildung oder Geschwulst um die Geburt zu beenden, so sollte man ihn überhaupt nicht zur Verantwortung ziehen. Ganz im Allgemeinen wird einem Arzte weder wissenschaftlich, noch moralisch aus dem schlechten Erfolge einer nöthigen Operation ein Vorwurf entstehen. Würde dies geschehen, so würde die Folge sein, dass nunmehr der überängstliche und vorsichtige Arzt sich mehr leiten lässt von der Furcht vor den gerichtlichen Folgen, als von seinem ärztlichen Gewissen. Dies aber gebietet, „keinen Versuch der Rettung eines Menschenlebens zu unterlassen." (Offizieller Bericht der IX. Hauptversammlung des Preuss. Medizinalbeamtenvereins; 1891, S. 35.

Ferner kommen in Betracht die fahrlässigen Vergiftungen von Kranken durch Irrthümer bei der Rezeptur (Verwendung zu starker Dosen von scharfwirkenden Arzneistoffen, besonders bei Kindern, Fortlassen des Ausrufungszeichens bei Ueberschreitung der Maximaldosen, mangelhafte, bezw. unrichtige Vorschriften in Bezug auf die Anwendung der verordneten Arzneimittel u. s. w.), die häufig auf Gedankenlosigkeit des Arztes beim Niederschreiben des Rezeptes, auf Unkenntniss der Maximaldosen u. s. w. zurückzuführen sind.

Unter welchen Umständen eine anomale Narkose als ein Kunstfehler betrachtet werden muss, wird bei Besprechung der Chloroformvergiftung erörtert werden.

Eine dritte Kategorie der Kunstfehler sind die durch Unterlassung eines nothwendigen Eingriffes oder Heilverfahrens zu Stande gekommenen. An Beispielen sind hier zu nennen: die innerliche Darreichung von Belladonna seitens eines Homöopathen bei Eindringen eines Fremdkörpers ins Auge — der Effekt war ein Verlust des letzteren durch Panophthalmie —; die Kaltwasserbehandlung eines Augenkranken, dessen Leiden mittlerweile inoperabel wurde (Pfarrer Kneipp); die unterlassene Unterbindung einer spritzenden Arterie bei Vereinigung der Ränder der Hautwunde durch Naht (Erstickungstod durch Hämatom der Epiglottis); die Unterlassung der Herniotomie bei einem eingeklemmten Bruch, die Nichteinrenkung einer Luxation; Verstösse gegen die Vorschriften der Antisepsis (Urth. d. R.-G. vom 3. Juli 1884) u. s. w.

Die Frage, ob ein Fall von Puerperalfieber als durch einen Kunstfehler veranlasst anzusehen ist, bedarf in jedem Fall besonderer Untersuchung. Es ist zu beachten, ob etwa noch ein weiterer Fall von septischer oder pyämischer Erkrankung in der Behandlung des betreffenden Arztes war, und ob die Desinfektion mangelhaft und oberflächlich erfolgte; ferner muss berücksichtigt werden, ob zurückgelassene und in Zerfall begriffene Nachgeburtstheile, deren Fehlen der etwa die Geburt leitende Arzt hätte sehen müssen, die Ursache des Puerperalfiebers bildeten. Auch die Möglichkeit eines Selbsttouchierens der Schwangeren ist nicht ausser Acht zu lassen. Treffen diese Möglichkeiten nicht zu, so ist immerhin daran festzuhalten, dass, wenn auch selten, Fälle von sogenannter Selbstinfektion vorkommen können, die allerdings meist günstiger verlaufen, wie die durch Infektion hervorgerufenen.

Fahrlässige Verbreitung von ansteckenden Krankheiten stellt eine vierte Gruppe von Kunstfehlern dar. Fälle von Syphilis, die der Arzt etwa übertragen hat, gehören hierher, desgleichen Fälle von fahrlässiger Uebertragung anderer ansteckender Krankheiten, bei deren strafrechtlicher Ahndung übrigens auch § 327 des St.-G.-B. konkurrirt.

Bei der Entscheidung der Frage, ob der Arzt einen nothwendigen Eingriff oder eine nothwendige Medikation fahrlässiger Weise unterlassen hat, wird stets zu beurtheilen sein,

ob der Kranke überhaupt den Eingriff oder die Medikation zugelassen haben würde. Derselbe hat zweifellos ein Recht darauf, seine Gesundheit, soweit menschliche Kräfte reichen, wiederzuerlangen, aber die Art und Weise, wie dies geschehen soll, muss eine solche sein, dass er nicht wider seinen Willen gewissermassen zur Gesundung gezwungen wird, sondern dass Eingriff oder Medikation mit seiner Zustimmung erfolgen. Im Allgemeinen werden ja bei der Behandlung eines Kranken dem betreffenden Arzt Schwierigkeiten in dieser Hinsicht kaum erwachsen; der Patient kommt zu dem Arzte und bevollmächtigt ihn stillschweigend zu den nothwendigen Massnahmen. Wenn ihm das eingeschlagene medikamentöse Heilverfahren nicht passt, dann braucht er das Rezept nicht in die Apotheke zu tragen, und eine Weigerung setzt auch jedwedem chirurgischen Vorgehen ein Ziel. Ein Recht des Arztes darauf, dass das verschriebene Medikament auch von dem Kranken genommen oder dass das beabsichtigte chirurgische Heilverfahren auch von dem Patienten geduldet wird, also ein Berufsrecht giebt es für den Arzt nicht. Dieser Grundsatz ist durch das Reichsgericht ein für alle Mal festgelegt worden und muss dem Arzte bei seinem Handeln daher stets als Richtschnur dienen. Massgebend und von ausschlaggebender Bedeutung hierfür ist besonders das Urth. d. Reichsgerichts, III. Str. S. vom 31. Mai 1894. Der diesem zu Grunde liegende Fall war der folgende[1]):

In einem Hamburger Hospital machte der Oberarzt einer 7jährigen Patientin wegen Fussgelenkstuberkulose die Fussgelenksresektion; später erklärte er die Amputation des Unterschenkels für nöthig und vollzog dieselbe, obwohl der nach Einleitung der Narkose hinzugekommene Vater die Einwilligung zur Operation ausdrücklich zurückzog. Das Landgericht sprach den vom Vater angeklagten Arzt frei, das Reichsgericht statuirte die Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters bei einem ärztlichen Eingriff als Rechtsgrundsatz; es erklärte, dass die vom Arzte in Gestalt einer Operation begangene Körperverletzung nur durch die Einwilligung des Kranken straffrei werde und verwies die Sache an das Landgericht zurück, das allerdings den Arzt wieder frei sprach, aber nur, weil das Kind beim Erscheinen des Vaters bereits in der Narkose gelegen habe.

Ein anderer Fall ereignete sich in Dresden:

Ein Arzt rieth einer ihn wegen eines Magenleidens konsultirenden Patientin zu einer kleinen Operation im Unterleibe, sah sich aber genöthigt, als er mit Zustimmung der Patientin die „kleine" Operation zu machen im Begriffe war, beide Tuben und Ovarien zu exstirpiren. Die Operation gelang, die Patientin gab dem Arzt ihre Dankbarkeit zu erkennen, zahlte ihm aber später kein Honorar, weil er die Operation ohne ihre Einwilligung gemacht hätte. Das Oberlandesgericht Dresden stellte sich in seinem Urtheil vom 4. Oktober 1897 auf Seite der Patientin und sah sich sogar veranlasst, die Akten der Staatsanwaltschaft behufs Erhebung der Anklage wegen Körperverletzung gegen den Arzt zu übersenden. Die Staatsanwaltschaft indess erhob die Anklage nicht.

---

[1]) Vergl. hierüber Stooss: Chirurgische Operation und ärztliche Behandlung. Berlin 1898. Schmidt: Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für verletzende Eingriffe. Jena 1900.

Wenn auch die beiden erwähnten Fälle günstig für die betreffenden Aerzte abgelaufen sind, so bedarf es doch keines weiteren Hinweises darauf, wie vorsichtig Aerzte besonders bei operativen Eingriffen verfahren müssen, wenn sie nicht straf- und zivilrechtlich verantwortlich gemacht werden wollen. Jedenfalls sollten sie stets die Einwilligung des Kranken bezw. dessen gesetzlichen Vertreters (Vater, Vormund [z. B. Geisteskranker]) vorher einholen und ohne eine solche nur dann operiren, wenn die Beschaffung dieser Einwilligung unmöglich erscheint und anderseits der Aufschub des Eingriffs mit Gefahr für Leib und Leben des Kranken oder Verletzten verbunden ist.

In dem betreffenden Reichsgerichtsurtheil vom 31. Mai 1894 heisst es in dieser Hinsicht:

„Der gelegentlich in der Doktrin gemachte Versuch, ein sogenanntes Berufsrecht des Arztes an sich, oder doch des staatlich approbirten Arztes, zur selbständigen Grundlage irgend welcher dem letzteren über den Körper von Kranken zustehenden originären Befugnisse zu erheben, erscheint für sich allein unzureichend, als leitender Grundsatz für die Lösung der hierzu entscheidenden Fragen zu dienen. Innerhalb des heute geltenden öffentlichen Rechts Deutschlands ist der Betrieb der Heilkunde ein freies Gewerbe, das Jedermann ohne Rücksicht auf Kenntnisse, Vorbildung, Erfahrung, Geschick, Verleihung etc. offen steht. Den „Beruf" hierzu besitzt Jeder, der sich selbst solchen Beruf zuschreibt.

Die „Approbation", wie sie § 29 der Gewerbeordnung regelt, gewährt wohl eine Befugniss, den Titel „Arzt" u. dergl. zu führen, und eine gewisse Qualifikation, amtliche Funktionen anvertraut zu erhalten: bezüglich der Berufsrechte und Berufspflichten unterscheidet sich im Uebrigen der approbirte Arzt in nichts von dem nicht approbirten Arzt . . . Im Uebrigen vermögen auch die Anhänger selbständiger ärztlicher Berufsrechte sich der Erkenntniss nicht zu verschliessen, dass unter allen Umständen diese „Rechte" ihre Schranke in dem entgegengesetzten Willen des verfügungsfähigen Kranken, dessen Angehörigen oder sonstigen rechtlichen Repräsentanten finden. Muss man aber diese Beschränkung einräumen, dann liegt darin auch das Zugeständniss, dass es an sich nicht das Berufsrecht des Arztes, sondern in erster Reihe der Wille des Kranken ist, welcher den ersteren legitimirt, Körperverletzungen straflos da zu verüben, wo sie, von irgend einem Dritten verübt, zu strafbaren Delikten werden.

Für das Verhältniss zwischen Arzt und Patienten wird innerhalb der Sphäre des bürgerlichen wie des peinlichen Rechts an der zwischen beiden Personen bestehenden Willensübereinstimmung unter allen Umständen als dem leitenden und entscheidenden Gesichtspunkt festzuhalten sein. So lange solcher Wille nicht thätig geworden ist, besteht der Regel nach zwischen beiden Kategorien von Personen keinerlei rechtliche Beziehung. Hält man dieses fest, dann ergiebt sich die weitere Folgerung auch von selbst, dass Inhalt und Umfang der dem Arzt solchergestalt eingeräumten Befugnisse in Anwendung aller Mittel seiner Kunst sich nicht minder regeln muss durch den Rechtswillen des Kranken. Gewiss ist der Arzt zu der Annahme befugt, dass der Kranke oder dessen Willensvertreter, die im Vertrauen auf seine Kunst ihm die Behandlung der Krankheit übertragen haben, sich folgeweise auch seinem Rath unterordnen, seine Weisungen befolgen, sich seine Heilmittel gefallen lassen werden, ihm daher bei all seinen Eingriffen in den Organismus des zu Heilenden

die Zustimmung jener zur Seite steht. Auf dem Boden solcher thatsächlichen Vermuthungen wird dann allerdings für die Auslegung des vernünftigen Willens der Betheiligten der staatlich anerkannte oder sonst bewährte Beruf des Arztes zweifellos von erheblicher Bedeutung werden. So werden sich unbedenklich für die viel erörterten Ausnahmefälle, in denen wegen Bewusstlosigkeit, Geisteskrankheit, Unzurechnungsfähigkeit des Patienten, oder bei Gefahr im Verzuge wegen Abwesenheit der Vertreter des Kranken sich eine ausdrückliche Willensentschliessung der hierfür zuständigen Personen nicht erzielen lässt, oder die Willensäusserungen des Kranken oder seiner Angehörigen unklar, unsicher, schwankend lauten, werthvolle praktische Folgerungen zu Gunsten des guten Glaubens und der berechtigten Voraussetzungen des behandelnden Arztes im Sinne eines ihm aktuell zur Seite stehenden Konsenses der Betheiligten ergeben. So gewiss aber der verfügungsfähige Kranke durch Berufung des Arztes zwecks Heilung seines Leidens dem Arzte nicht eine unbeschränkte Gewaltherrschaft über seine Person eingeräumt hat, so gewiss der Auftrag zum Heilverfahren jeder Zeit von ihm widerrufen, der eine Arzt durch einen anderen ersetzt werden kann, so gewiss ist derselbe Kranke auch befugt, der Anwendung jedes einzelnen Heilmittels, seien es innerlich wirkende Medikamente, seien es äussere operative Eingriffe, rechtswirksame Weigerung entgegenzusetzen. Und mit dem Moment solcher Weigerung des zurechnungsfähigen Kranken oder seiner gesetzlichen Willensvertreter erlischt auch die Befugniss des Arztes zur Behandlung und Misshandlung einer bestimmten Person für Heilzwecke. Folgeweise handelt derjenige Arzt, welcher vorsätzlich für Heilzwecke Körperverletzungen verübt, ohne sein Recht hierfür aus einem bestehenden Vertragsverhältniss oder der präsumtiven Zustimmung, dem vermutheten Auftrag hierfür legitimirter Personen herleiten zu können, überhaupt unberechtigt, d. i. rechtswidrig, und unterliegt der solche Delikte verbietenden Norm des § 223 des Strafgesetzbuchs. Noch zweifelloser tritt solche Rechtswidrigkeit hervor, wenn der Arzt gegen den erklärten Willen jener Person handelt."

Besonders mit Rücksicht auf die Beurtheilung der erwähnten „Ausnahmefälle" wird die Thätigkeit der gerichtsärztlichen Sachverständigen in Anspruch genommen; wenn es sich also darum handelt, ob ein Arzt im Nothfalle von seinen ärztlichen Befugnissen einen zu weitgehenden Gebrauch gemacht hat oder nicht. Er wird dann unter Berücksichtigung des soeben angeführten Urtheils an der Hand des vorliegenden Materials zu prüfen haben, ob ein solcher Ausnahmefall: Bewusstlosigkeit, Geisteskrankheit, Unzurechnungsfähigkeit des Kranken, Gefahr im Verzuge u. s. w. vorgelegen hat oder nicht.

Dass dem Arzte ein Recht zu Experimenten an einem Kranken, die mit der Heilung einer etwa vorhandenen Krankheit nicht das Geringste zu thun haben, nicht zusteht, ist selbstverständlich. Der Arzt soll eben heilen oder wenigstens Schmerzen lindern. Will er Fragen wie die Infektiosität des Gonococcen-Eiters am menschlichen Organismus prüfen, dann mag er es am eigenen Leibe thun. Wir gedenken hier Pettenkofers, der die Anerbietungen seiner Schüler abwies und sich selbst mit Cholera-Vibrionen infizirte. Eine derartige Handlungsweise des hochverdienten Mannes war kühn, aber sie war korrekt. Anders liegen die Verhältnisse aber, wenn ein Arzt ein wohl-

vorbereitetes und wohldurchdachtes neues Heilverfahren in Anwendung ziehen will. Soll die Medizin nicht in ihrer Entwickelung aufgehalten werden, so muss die Berechtigung derartiger neuer Heilverfahren unumwunden anerkannt werden. Sache der sachverständigen Begutachtung wird es dann eventuell sein, festzustellen, ob in der That die Möglichkeit des Gelingens zu erwarten war, mag es sich nun um kurative Massnahmen gegen eine Krankheit, oder um prophylaktische, z. B. Schutzimpfungen, handeln.

Schliesslich muss noch eine weitere hierher gehörige Frage erörtert werden: Macht ein Arzt sich straffällig, wenn er einem von Schmerzen gequälten und unrettbar verlorenen Leidenden durch eine tödtliche Gabe eines Narkotikums die Qualen endet? Gewiss thut er dies. Er verstösst dann gegen die Bestimmungen der §§ 211 und 229 des Strafgesetzbuches (s. S. 103 und 132), welche die vorsätzliche Tödtung eines Menschen mit Ueberlegung oder die vorsätzliche Beibringung von Gift mit schweren Strafen bedrohen. Hat er die Tödtung auf das ausdrückliche Verlangen ausgeführt, so würde er nach § 216 d. St.-G.-B. bestraft werden müssen (s. S. 132), denn die Berechtigung, einem unrettbar Verlorenen durch eine tödtliche Gabe eines Giftes zur Euthanasie zu verhelfen, geht dem Arzte ab. Anders steht es aber mit der Möglichkeit, durch medikamentöse Gaben eines Narkotikums die Schmerzen zu lindern. Ein Ueberschreiten der ärztlichen Befugnisse wird hierin auf keinen Fall erblickt werden können.

Die Kunstfehler der Hebammen und Heilgehülfen werden nach gleichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der geltenden Bestimmungen über die Ausübung ihres Berufes (Instruktionen u. s. w.) beurtheilt werden müssen; insbesondere wird zu ermitteln sein, ob sie ihre Befugniss überschritten haben, und ob sie nicht verpflichtet gewesen wären, einen Arzt zu Rathe zu ziehen. Auch für sie findet in solchen Fällen § 230 Abs. 2 Anwendung. Dasselbe gilt im Allgemeinen von den Kurpfuschern; denn schon in dem Urth. des Reichsgerichts vom 12. April 1882 ist der Grundsatz ausgesprochen, „dass wer die Heilkunde gewerbsmässig betreibt, Fehler gegen anerkannte Regeln der Heilkunde ebenso zu vertreten hat, wie eine geprüfte und approbirte Medizinalperson.“ Ebenso hat das Reichsgericht (I. Str. S.) in dem Urth. vom 12. Oktober 1896 „schon darin eine Fahrlässigkeit erblickt, dass der Thäter die Berufsthätigkeit ohne die erforderliche Befähigung übernimmt; die Anwendung des § 230 Abs. 2 setze keineswegs eine spezifisch technische Vorbildung in dem betreffenden Berufe voraus.“

Entsprechend der Judikatur des Reichsgerichts wird jetzt von den Gerichtshöfen fast allgemein verfahren; etwaige Unkenntniss sowie mangelhafte Vorbildung wird daher nicht mehr, wie dies früher meist der Fall war, als Milderungs-, sondern als Verschärfungsgrund angesehen. So

heisst es z. B. in einem vom Reichsgericht (III. Str. S.) als Revisionsinstanz unter dem 29. Januar 1900 bestätigten Urtheil des Landgerichts (Strafkammer) zu Mainz vom 28. September 1899:

„Liess sich der Angeklagte auf die Behandlung und Heilung eines solchen Kranken ein, so war es seine Pflicht, auch diejenigen Hilfsmittel zu kennen und anzuwenden, durch welche eine gründliche Untersuchung des kranken Körpertheils und Feststellung des Uebels allein möglich war; er hat somit wegen unterlassener ordnungsmässiger Untersuchung des Kranken und Anwendung nicht sachgemässer Heilmittel fahrlässiger Weise durch Ausseracht-lassung der durch seinen Beruf gebotenen Vorsicht und Aufmerksamkeit auf den Körper des Zeugen St. schädigend eingewirkt. . . . Indem ihn ferner der Dünkel und der Wahn, in allen Fällen hinlänglich erfahren zu sein, dazu führten, bestimmt die Heilung zuzusichern, die Bedenken des Patienten zu zerstreuen und die rechtzeitige Beiziehung sachgemässer Hilfe zu vereiteln, hat er nicht minder die ihm als Berufspflicht obliegende Aufmerksamkeit ausser Acht gelassen und in schwerem Maasse fahrlässig gehandelt, da er in der Lage war, die Möglichkeit des eingetretenen schlimmen Erfolges vorauszusehen."

Die vorstehenden gerichtlichen Urtheile lassen erkennen, welche Fragen in derartigen Fällen dem gerichtsärztlichen Sachverständigen zur Beantwortung vorgelegt werden. Zunächst gilt es, den Nachweis des unmittelbaren oder mittelbaren ursächlichen Zusammenhangs zwischen der behaupteten Fahrlässigkeit und dem eingetretenen Erfolge zu erbringen. Es ist dann entsprechend dem Urtheil des Reichsgerichts vom 26. Oktober 1893 zu prüfen, ob der Beschuldigte nach dem Maasse seiner Kenntnisse und nach seiner sonstigen Einsicht und Erfahrung bei Anwendung gehöriger Sorgfalt jene schädliche Folge hätte voraussehen können, ob für ihn aus Rücksicht auf die besondere Art des Krankheitsfalles die Verpflichtung vorlag, vor dem Beginn seiner Kur einen Arzt zu Rate zu ziehen, sowie ob, wenn dies geschehen wäre, der schädliche Erfolg vermindert oder doch eingeschränkt sein würde. Eine Bejahung einer dieser Fragen schliesst den Thatbestand einer fahrlässigen Körperverletzung in sich und zwar im Sinne des § 230 Abs. 2, falls Ausserachtlassung der nöthigen Aufmerksamkeit vorliegt; es tritt dann Strafverfolgung ex officio wie bei den Kunstfehlern der Aerzte ein.

Die Kurpfuscher können übrigens nicht nur wegen fahrlässiger Körperverletzung, sondern auch wegen Betruges zur Verantwortung gezogen werden, so z. B. wenn die von ihnen gegen Bezahlung verordneten bezw. abgegebenen Mittel für die betreffenden Personen werthlos, und diese durch die Vorspiegelung falscher Thatsachen seitens des Kurpfuschers in den Irrthum versetzt sind, dass jene Rathschläge oder Mittel ihnen helfen würden. Es liegt dann der Thatbestand des § 263 d. Str.-G.-B. (Schädigung des Vermögens eines Anderen durch Vorspiegelung falscher Thatsachen, um sich rechtswidrige Vermögensvortheile zu verschaffen) vor, für den aber der Nachweis gerade Pfuschern gegenüber schwer zu erbringen ist, da sie bekanntlich immer Leute finden werden, die ihnen ihre schwindelhaften Heil-

erfolge bestätigen. Nur in vereinzelten Fällen wird der Beweis möglich sein, dass sie nicht selbst an ihr Wissen und Können sowie an die Zweckmässigkeit und den Erfolg ihrer Behandlungsmethode geglaubt haben.

Nur kurz erwähnt sei hier noch, dass Kurpfuscher auch wegen unlauteren Wettbewerbs (Ges. vom 27. Mai 1896), sowie wegen unbefugter Führung arztähnlicher Titel u. s. w. bestraft werden können; das Nähere darüber wird im II. Band an zutreffender Stelle gebracht werden.

B. Die gerichtsärztliche Beurtheilung des Gesundheitszustandes nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch.

I. Gesetzliche Bestimmungen.

§ 823. Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit . . . . . eines Anderen widerrechtlich[1]) verletzt, ist dem Anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines Anderen bezweckendes Gesetz verstösst[2]). Ist nach dem Inhalte des Gesetzes ein Verstoss gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

§ 825. Wer eine Frauensperson durch Hinterlist, durch Drohung oder unter Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses zur Gestattung der ausserehelichen Beiwohnung bestimmt, ist ihr zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

§ 842. Die Verpflichtung zum Schadensersatze wegen einer gegen die Person gerichteten unerlaubten Handlung erstreckt sich auf die Nachtheile, welche die Handlung für den Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten herbeiführt.

§ 843. Wird in Folge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten aufgehoben oder gemindert oder tritt eine Vermehrung seiner Bedürfnisse ein, so ist dem Verletzten durch Entrichtung einer Geldrente Schadensersatz zu leisten.

Auf die Rente finden die Vorschriften des § 760 Anwendung[3]). Ob, in welcher Art und für welchen Betrag der Ersatzpflichtige Sicherheit zu leisten hat, bestimmt sich nach den Umständen.

---

[1]) Widerrechtlichkeit liegt nicht vor, wenn die Verletzung in rechtsgiltiger Weise (z. B. bei einer Operation mit Zustimmung des Operirten) oder bei ordnungsgemässer Ausübung eines gesetzlichen Rechtes, z. B. des Züchtigungsrechtes seitens des Lehrers oder Meisters hervorgerufen ist. Auch Nothwehr, Nothstand und Selbsthülfe zur Abwendung einer Gefahr schliessen Widerrechtlichkeit aus.

[2]) Z. B. gegen die angeordneten Schutzmassregeln behufs Bekämpfung ansteckender Krankheiten

[3]) Danach ist die Rente im voraus zu zahlen.

Statt der Rente kann der Verletzte eine Abfindung in Kapital verlangen, wenn ein wichtiger Grund[1]) vorliegt.

Der Anspruch wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass ein Anderer dem Verletzten Unterhalt zu gewähren hat.

§ 844. Im Falle der Tödtung hat der Ersatzpflichtige die Kosten der Beerdigung demjenigen zu ersetzen, welchem die Verpflichtung obliegt, diese Kosten zu tragen.

Stand der Getödtete zur Zeit der Verletzung zu einem Dritten in einem Verhältnisse, vermöge dessen er diesem gegenüber kraft Gesetzes unterhaltspflichtig war oder unterhaltspflichtig werden konnte, und ist dem Dritten in Folge der Tödtung das Recht auf den Unterhalt entzogen, so hat der Ersatzpflichtige dem Dritten durch Entrichtung einer Geldrente insoweit Schadensersatz zu leisten, als der Getödtete während der muthmasslichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhalts verpflichtet gewesen sein würde; die Vorschriften des § 843 Abs. 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung. Die Ersatzpflicht tritt auch dann ein, wenn der Dritte zur Zeit der Verletzung erzeugt, aber noch nicht geboren war.

§ 845. Im Falle der Tödtung, der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit, sowie im Falle der Freiheitsentziehung hat der Ersatzpflichtige, wenn der Verletzte kraft Gesetzes einem Dritten zur Leistung von Diensten in dessen Hauswesen oder Gewerbe verpflichtet war, dem Dritten für die entgehenden Dienste durch Entrichtung einer Geldrente Ersatz zu leisten. Die Vorschriften des § 843 Abs. 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung.

§ 847. Im Falle der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit sowie im Falle der Freiheitsentziehung kann der Verletzte auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden[2]) ist, eine billige Entschädigung in Geld verlangen. Der Anspruch ist nicht übertragbar und geht nicht auf die Erben über, es sei denn, dass er durch Vertrag anerkannt, oder dass er rechtshängig geworden ist.

Ein gleicher Anspruch steht einer Frauensperson zu, gegen die ein Verbrechen oder Vergehen wider die Sittlichkeit begangen, oder die durch Hinterlist, durch Drohung oder unter Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses zur Gestattung der ausserehelichen Beiwohnung bestimmt wird.

§ 1298. Tritt ein Verlobter vom Verlöbniss zurück, so hat er dem anderen Verlobten und dessen Eltern ... den Schaden zu ersetzen, der daraus entstanden ist, dass sie in Erwartung der Ehe Aufwendungen gemacht haben ... Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn ein wichtiger Grund für den Rücktritt vorliegt.

§ 1316, Abs. 2. Das Aufgebot darf unterbleiben, wenn die lebensgefährliche Erkrankung eines der Verlobten den Aufschub der Eheschliessung nicht gestattet.

§ 1568. Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte durch schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten oder durch ehrloses oder unsittliches Verhalten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnissess verschuldet hat, dass dem Ehegatten die Fortsetzung

---

[1]) Z. B. Unsicherheit des Ersatzpflichtigen.

[2]) Z. B. wegen Verunstaltung, ausgestandener Schmerzen, (Schmerzensgeld), Vereitelung von Heirathsaussichten durch Entstellung u. s. w.

der Ehe nicht zugemuthet werden kann. Als schwere Verletzung der Pflichten gilt auch grobe Misshandlung.[1])

§ 1602. Unterhaltsberechtigt ist nur, wer ausser Stande ist, sich selbst zu unterhalten.[2]).

Ein minderjähriges unverheiratetes Kind kann von seinen Eltern, auch wenn es Vermögen hat, die Gewährung des Unterhalts insoweit verlangen, als die Einkünfte seines Vermögens und der Ertrag seiner Arbeit zum Unterhalte nicht ausreichen.

§ 1786. Die Uebernahme der Vormundschaft kann ablehnen:

4. wer durch Krankheit oder durch Gebrechen verhindert ist, die Vormundschaft ordnungsmässig zu führen.

Das Ablehnungsrecht erlischt, wenn es nicht vor der Bestellung bei dem Vormundschaftsgerichte geltend gemacht wird.

§ 1910. Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er in Folge körperlicher Gebrechen, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist,[3]) seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, in Folge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

II. Gerichtsärztliche Untersuchungen wegen Feststellung von Schadenersatz-Ansprüchen nach Körperverletzungen, Gewährung der Unterhaltspflicht, Rücktritts von einer Verlobung, Aufgebotshindernisses, Ehescheidung, Ablehnung der Vormundschaft und Bestellung einer Pflegschaft wegen körperlicher Gebrechen.

Nach § 231 des Str.-G.-B. (s. S. 103) kann in allen Fällen der Körperverletzung auf Verlangen des Verletzten neben der Strafe auf eine an denselben zu erlegende **Busse** bis zum Betrage von 6000 Mk. erkannt werden; eine erkannte Busse schliesst eine Geltendmachung eines weiteren Entschädigungsanspruchs aus. Wurde aber nicht auf die Erlegung einer Busse erkannt, dann treten die Bestimmungen des B. G.-B. (B. II, Abschnitt 7, T. 25) über »unerlaubte Handlungen« in Kraft. Von den hier angeführten »unerlaubten Handlungen«, d. h. Handlungen, durch die ein Recht eines Anderen verletzt wird, interessiren den Gerichtsarzt drei:

---

[1]) Unter § 1568 fallen z. B. grundlose Verweigerung der ehelichen Pflicht, geschlechtlich verdächtiger Umgang, gesundheitsgefährdende Unverträglichkeit oder Misshandlung u. s. w.

[2]) Voraussetzung der Unterhaltsberechtigung ist also Vermögenslosigkeit, gleichgiltig ob verschuldet oder unverschuldet, und Arbeitsunfähigkeit.

[3]) Taubheit, Blindheit u. s. w. sind nur als Beispiele angeführt, selbstverständlich kann ein Pfleger auch wegen anderer körperlicher Gebrechen bestellt werden.

1. solche, bei denen das Recht eines Anderen, insbesondere Leben, Körper und Gesundheit verletzt wurde, 2. solche, bei denen ein Verstoss gegen ein den Schutz eines Anderen bezweckendes Gesetz erfolgte, und 3. die Bestimmung einer Frauensperson zur Gestattung der ausserehelichen Beiwohnung durch Hinterlist, durch Drohung oder unter Missbrauch eines Abhängigkeits-Verhältnisses. Indem wir bezüglich der 3. Kategorie auf die Darlegungen in dem späteren Abschnitt über Verbrechen wider die Sittlichkeit verweisen, bemerken wir bezüglich der 1. Kategorie, dass es sich hier um alle Arten der Körperverletzung handeln kann, über die soeben die erforderlichen Erläuterungen gegeben sind. Bei Verstössen gegen ein den Schutz eines Anderen bezweckendes Gesetz endlich kommen nicht allein die Bestimmungen des Strafgesetzbuches in Betracht, sondern auch die gewerbehygienischen Bestimmungen der Gewerbeordnung, ferner § 217 B. G.-B., enthaltend die Verpflichtungen des Dienstherrn zur Verpflegung etc. der Dienstboten in Krankheitsfällen und § 218 B. G.-B. betreffend den Schutz der Bediensteten gegen Gefahr für Leben und Gesundheit im Dienste. Weiter gehören hierher das Verbot des Feilhaltens verdorbener Nahrungs- und Genussmittel, das Impfgesetz, das Verbot, Brunnen unbedeckt zu lassen (§ 367,12 Str.-G.-B.) u. s. w.

Demjenigen, welcher einen Schadenersatz-Anspruch geltend macht, liegt natürlich die Verpflichtung ob, den ursächlichen Zusammenhang des Schadens und der denselben verursachenden schädigenden Handlung zu beweisen. Die letztere braucht nicht allein die Ursache des eingetretenen Schadens zu sein, es genügt, dass sie auch nur als Mitursache den Erfolg herbeigeführt hat. Ebenso wie die schädigende Handlung muss auch die pflichtwidrige Unterlassung beurtheilt werden. Endlich wird der ursächliche Zusammenhang dadurch nicht ausgeschlossen, dass der Schaden unmittelbar durch eine freie Handlung des Beschädigten herbeigeführt ist, sobald diese Handlung zur Abwendung einer durch das Verschulden verursachten Gefahr vorgenommen ist.

Nach § 823 B. G.-B. erstreckt sich die Verpflichtung zum Schadenersatz zunächst auf die Heil- und Kurkosten. § 842 will die Nachtheile entschädigt wissen, welche die Handlung für den Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten herbeiführt, und § 843 bestimmt, dass dem Verletzten durch Entrichtung einer Geldrente Schadenersatz zu leisten ist, wenn infolge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit aufgehoben oder gemindert wird, oder wenn dadurch eine Vermehrung seiner Bedürfnisse eintritt. Im Falle der Tödtung verlangt endlich § 844, dass der Ersatzpflichtige demjenigen durch Entrichtung einer Geldrente Schadenersatz zu leisten hat, welchem durch die Tödtung das Recht oder der Anspruch auf Unterhalt entzogen wurde, und zwar so lange, als der Getödtete muthmasslich gelebt hätte. Für den Gerichtsarzt ergeben sich aus dem Angeführten zweierlei Aufgaben:

Abschätzung der Erwerbsfähigkeit und Feststellung der muthmasslichen Lebensdauer.

Die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit hat natürlich nach denselben Grundsätzen zu erfolgen, wie dies das Unfallversicherungsgesetz verlangt (s. den vierten Theil dieses Buches). Ist eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse eingetreten, die zur ersten Verurtheilung betreffend die Entrichtung einer Rente geführt haben, so kann auf dem Klagewege eine Abänderung des Urtheils angestrebt werden.

Die Bestimmung der muthmasslichen Lebensdauer wird erleichtert durch den wohl stets zur Verfügung stehenden Obduktionsbefund; insbesondere dürften hier chronische Affektionen des Herzens, des Gefässsystems, der Lunge und der Nieren als lebensverkürzende Momente in Betracht kommen. Sodann sind die Lebensgewohnheiten des Verstorbenen durch richterliche Ermittelungen festzustellen und vom Sachverständigen zu verwerthen. Endlich ist das so gewonnene Resultat in Einklang zu bringen mit den durch die Statistik gewonnenen Resultaten [1]). Danach beträgt die mittlere (durchschnittliche) Lebensdauer im Alter von:

0—35,58 Jahre	26—34,25 Jahre	51—17,36 Jahre	76—5,20 Jahre
1—46,52 „	27—33,55 „	52—16,75 „	77—4,90 „
2—48,72 „	28—32,83 „	53—16,15 „	78—4,62 „
3—49,38 „	29—32,12 „	54—15,55 „	79—4,35 „
4—49,53 „	30—31,41 „	55—14,96 „	80—4,10 „
5—49,39 „	31—30,70 „	56—14,37 „	81—3,86 „
6—49,03 „	32—29,99 „	57—13,79 „	82—3,64 „
7—48,54 „	33—29,29 „	58—13,22 „	83—3,43 „
8—47,93 „	34—28,58 „	59—12,66 „	84—3,24 „
9—47,25 „	35—27,88 „	60—12,11 „	85—3,06 „
10—46,51 „	36—27,19 „	61—11,57 „	86—2,90 „
11—45,72 „	37—26,50 „	62—11,05 „	87—2,74 „
12—44,91 „	38—25,81 „	63—10,53 „	88—2,60 „
13—44,07 „	39—25,13 „	64—10,03 „	89—2,46 „
14—43,43 „	40—24,46 „	65— 9,55 „	90—2,34 „
15—42,38 „	41—23,79 „	66— 9,08 „	91—2,22 „
16—41,54 „	42—23,13 „	67— 8,22 „	92—2,10 „
17—40,72 „	43—22,46 „	68— 8,18 „	93—1,99 „
18—39,94 „	44—21,88 „	69— 7,75 „	94—1,89 „
19—39,18 „	45—21,16 „	70— 7,34 „	95—1,80 „
20—38,45 „	46—20,51 „	71— 6,94 „	96—1,68 „
21—37,73 „	47—19,87 „	72— 6,56 „	97—1,57 „
22—37,04 „	48—19,23 „	73— 6,19 „	98—1,49 „
23—36,35 „	49—18,60 „	74— 5,85 „	99—1,41 „
24—35,66 „	50—17,98 „	75— 5,51 „	100—1,36 „
25—34,96 „			

Ausser jener Entschädigung für die Aufhebung oder Verminderung der Erwerbsfähigkeit in Form einer Rente kann bei Körperverletzungen und Gesundheitsbeschädigungen (unerlaubte Handlungen der 1. Kategorie) sowie bei den erwähnten Vergehen gegen die weibliche Geschlechtsehre (3. Kategorie) von den Geschädigten eine billige Entschädigung in Geld (etwa als Schmerzensgeld) verlangt werden.

[1]) Vierordt, l. c., S. 357.

Eine Abschätzung der Erwerbsfähigkeit unterliegt der gerichtsärztlichen Feststellung ferner bei Prüfung der **Unterhaltspflicht** (§ 1602 B.-G.-B.). Auch hier ist zu ermitteln, ob völlige oder nur theilweise Erwerbsunfähigkeit des den Unterhaltsanspruch Erhebenden vorhanden ist.

Eine Untersuchung des Gesundheitszustandes wird der Richter vom ärztlichen Sachverständigen auch fordern, wenn wichtige Gründe medizinischer Provenienz bei einem **Rücktritt vom Verlöbniss** angeführt werden (§ 1298); bei unmotivirtem Rücktritt besteht nämlich ebenfalls eine gewisse Ersatzpflicht. Langwierige oder unheilbare Krankheiten kommen hier vor allem in Frage, insbesondere solche, welche die Erlangung einer gesunden Nachkommenschaft bis zu einem gewissen Grade in Frage stellen (Geisteskrankheiten, Tuberkulose).

Wollen Verlobte die Ehe eingehen, und gestattet eine lebensgefährliche Erkrankung eines der beiden Verlobten den Aufschub der Eheschliessung nicht, so kann das Aufgebot unterbleiben (§ 1316). Auch hier wird eine ärztliche Bescheinigung das Bestehen des **Aufgebotshindernisses** darthun müssen. Unter einer lebensgefährlichen Erkrankung im Sinne des § 1316 B.-G.-B. ist eine solche zu verstehen, bei der die Beendigung des Lebens durch die Krankheit selbst oder durch hinzugetretene oder drohende Komplikationen möglich ist. Demgemäss gehören hierher nur Krankheitszustände akuter oder chronischer Art; physiologische Zustände, wie Altersschwäche sind lebensgefährliche Erkrankungen im Sinne des § 1316 nicht.

Im **Ehescheidungsprozess** kann das Gutachten des Sachverständigen angerufen werden, um eine **„grobe Misshandlung"** eines Ehegatten durch den Andern zu beweisen; denn diese wird als schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten angesehen und ist demgemäss ein Ehescheidungsgrund. Unter grober Misshandlung ist jedoch etwas anderes zu verstehen als unter schwerer Körperverletzung im Sinne des § 224 St.-G.-B. Selbstverständlich wird jede schwere Körperverletzung eine grobe Misshandlung sein, aber in der Regel fällt auch die gefährliche, nicht selten auch die einfache Körperverletzung unter diesen Begriff. Es kommt eben hier darauf an, ob, wie es das Gesetz verlangt, dem verletzten Ehegatten in Folge der groben Misshandlung die Fortsetzung der Ehe nicht zugemuthet werden kann; dieser richterlichen Feststellung liegt die Ermittelung des Sachverständigen zu Grunde, der zu beurtheilen hat, nicht nur ob die Misshandlung schädliche Folgen für die Gesundheit gehabt hat, sondern auch, ob sie solche hätte haben können. Sind z. B. edle Organe durch die Misshandlung (Stossen vor die Brust, vor den Bauch u. s. w.) getroffen, so muss ohne Weiteres angenommen werden, dass sie auch schädlich auf die Gesundheit des Verletzten einwirken konnte (Urth. d. R.-G., IV Z. S., v. 28. November 1895). Auch die Hervorrufung seelischer Erregungen durch körperliche Misshandlungen gehört hierher (Urth. d. R. G. v. 30. Januar 1896).

Ehescheidungsklagen wegen geschlechtlicher Erkrankung eines Ehegatten können zu gerichtsärztlicher Untersuchung Veranlassung geben. Hier kommt es hauptsächlich darauf an, festzustellen, wie lange der Beklagte bereits mit der Krankheit behaftet ist, bis zu welchem Grade sie fortgeschritten ist, ob sie einen bösartigen Charakter hat und ob unter Berücksichtigung der sonstigen Körperbeschaffenheit des Beklagten zu erwarten ist, dass dieser ohne Schädigung der Gesundheit der betheiligten Frau und ohne Gefahr für das Leben und die Gesundheit etwaiger Kinder die eheliche Pflicht wird erfüllen können (Urth. d. R.-G. vom 23. September 1895).

Eine **Ablehnung der Vormundschaft** (§ 1786,4) wegen Verhinderung an der ordnungsmässigen Führung derselben durch Krankheit oder Gebrechen wird ebenfalls Gegenstand der gerichtsärztlichen Beweisführung sein können. Krankheitszustände chronischer Art, und zwar solche sowohl der körperlichen als der psychischen Sphäre kommen hier in Frage, ferner allzu hohes Alter und frühzeitiges Altern. Es ist weiter in Betracht zu ziehen, ob nicht durch die Uebernahme der Vormundschaft und die damit im Zusammenhang stehenden seelischen Erregungen eine Verschlimmerung bereits vorhandener, aber zunächst keine bemerkenswerthen Störungen hervorrufender Leiden zu befürchten ist.

Weiter ist hier des Umstandes zu gedenken, dass ein Volljähriger, welcher wegen körperlicher Gebrechen, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist[1]), seine Angelegenheiten ganz oder theilweise nicht zu besorgen vermag, einen **Pfleger** erhalten kann. Genaue Vorschriften lassen sich hier nicht aufstellen; es wird stets auf den einzelnen Fall ankommen und zu erwägen sein, welcher Art die betreffenden Angelegenheiten sind, und wie sich im Verhältniss dazu die Beurtheilung des Gesundheitszustandes gestaltet.

C. Die Beurtheilung der Termin- und Haftfähigkeit.

Terminfähigkeit deckt sich keineswegs mit Haftfähigkeit; denn an die Schlagfertigkeit und Spannkraft Jemandes, der z. B. als Angeklagter einem Termin anzuwohnen hat, sind billiger Weise andere Anforderungen zu stellen, als an die körperlichen und geistigen Eigenschaften eines Anderen, dem nur die Verbüssung einer Haftstrafe bevorsteht. Anderseits wird man natürlich von einem Angeklagten, der sich von einem auf ihm ruhenden Verdachte zu reinigen wünscht, oder von einem Zeugen, der unter seinem Eide eine Aussage macht, verlangen können, dass sie unter Anspannung aller ihrer Kräfte kleine oder mittelschwere körperliche Gebrechen überwinden und vor dem Richter erscheinen. Handelt es sich um die Unfähigkeit, zu Fuss das Gerichtsgebäude zu erreichen oder die Treppen zu ersteigen, so wird der die Terminfähigkeit beurtheilende Arzt dies in seinem Attest zu bemerken haben.

---

[1]) Siehe Anmerkung 3 auf S. 128.

Gesetzliche Bestimmungen über die Terminfähigkeit giebt es nicht, abgesehen von den im § 56 und § 203 der Str.-Pr.-O. vorgesehenen über die Vereidigung bezw. Verhandlungsfähigkeit von Verstandesschwachen und Geisteskranken, die ihre Erörterung im III. Theil (gerichtliche Psychiatrie) finden werden.

Anders verhält es sich mit der **Haftfähigkeit.** Die Strafprozessordnung enthält hierüber folgende Bestimmungen:

§ 487. „Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurtheilte in Geisteskrankheit verfällt.

Dasselbe gilt bei anderen Krankheiten, wenn von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurtheilten zu besorgen steht.

Die Strafvollstreckung kann auch dann aufgeschoben werden, wenn sich der Verurtheilte in einem körperlichen Zustande befindet, bei welchem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist."

In ähnlicher Weise bestimmt die Zivilprozessordnung über die Vollstreckung der Schuldhaft:

§ 906. Gegen einen Schuldner, dessen Gesundheit durch die Vollstreckung der Haft einer nahen und erheblichen Gefahr ausgesetzt wird, darf, so lange dieser Zustand dauert, die Haft nicht vollstreckt werden.

Die Bestimmungen sind sowohl für den Antritt einer Freiheitsstrafe, als für ihre etwaige Unterbrechung (Haftentlassung) massgebend. Es erhellt aus ihnen ohne Weiteres, dass sich aus dem Gesundheitszustande eines Verurtheilten nur in wenigen Fällen eine Haftunfähigkeit wird konstruiren lassen. Bei der Beurtheilung einer Geistesstörung als eines die Haftfähigkeit ausschliessenden Umstandes wird man zu berücksichtigen haben, dass nur länger dauernde geistige Erkrankungen in dieser Hinsicht in Betracht kommen können. Schnell wieder vorübergehende Psychosen bilden kein die Haftfähigkeit ausschliessendes Moment; in zweifelhaften Fällen wird man gut thun, den betreffenden Fall einige Tage zu beobachten, bevor man sich zu einem Gutachten entschliesst (s. übrigens den betreffenden Abschnitt im III. Theil).

Krankheiten, bei denen eine nahe Lebensgefahr für den Verurtheilten zu besorgen steht, sind solche akuten oder chronischen Krankheitszustände, die entweder allein oder in Folge hinzugetretener Komplikationen einen tödtlichen Ausgang befürchten lassen. Selbstverständlich ist, wenn es sich um Haftentlassung handelt, zu berücksichtigen, ob der Betreffende überhaupt aus dem Gefängnisse transportirt werden kann, ob es für seinen Gesundheitszustand nicht vortheilhafter ist, wenn die Haft andauert; denn ärztliche Versorgung hat er in jedem Gefängniss.

Unter einem körperlichen Zustande, bei welchem eine sofortige Vollstreckung der Haft mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist, sind solche Krankheiten gemeint, welche besondere Einrichtungen, besondere Diät u. dgl. erfordern; auch Schwangerschaft in den letzten Monaten ist ein derartiger Zustand, der in der Regel wenigstens zur Haftentlassung führt resp. Haftunfähigkeit bedingt. In zweifelhaften Fällen wird es sich empfehlen, dass der die Haftfähigkeit beurtheilende Arzt

durch eine Anfrage bei der in Betracht kommenden Strafanstalt feststellen lässt, ob für den Kranken die nothwendigen Einrichtungen vorhanden sind.

Nach dem Wortlaut des § 487 St.-P.-O. beziehen sich die angeführten Bestimmungen auf die Strafhaft, doch werden sie nach unseren Erfahrungen in völlig gleicher Weise auch bei Untersuchungs-Gefangenen angewendet.

In allen vorstehenden Fällen ist in Preussen in der Regel die Beibringung eines amtsärztlichen Attestes in der durch die Min.-Erl. vom 20. Januar 1853 und 11. Februar 1856 vorgeschriebenen Form (s. S. 36) erforderlich; wird das Attest von praktischen Aerzten ausgestellt, so empfiehlt es sich, dass von ihnen ebenfalls diese Vorschrift beachtet wird. In dem betreffenden Erlass vom 20. Januar 1853[1]), heisst es:

„Die Annahme, dass schon die Wahrscheinlichkeit einer Verschlimmerung des Zustandes eines Arrestanten bei sofortiger Entziehung der Freiheit ein genügender Grund sei, die einstweilige Aussetzung der Strafvollstreckung oder der Schuldhaft als nothwendig zu bezeichnen, ist eine ganz unrichtige. Eine Freiheitsstrafe wird fast in allen Fällen einen deprimirenden Eindruck auf die Gemüthsstimmung und, bei nicht besonders kräftiger und nicht vollkommen gesunder Körperbeschaffenheit, auch auf das leibliche Befinden des Bestraften ausüben, mithin schon vorhandene Krankheitszustände fast jedesmal verschlimmern. Deshalb kann aber die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe, während welcher es ohnehin dem Gefangenen an ärztlicher Fürsorge niemals fehlt, nicht ausgesetzt resp. nicht für unstatthaft erklärt werden. Der Medizinal-Beamte kann die Aussetzung etc. nur beantragen, wenn er sich nach gewissenhafter Untersuchung des Zustandes eines zu Inhaftirenden für überzeugt hält, dass von der Haftvollstreckung eine nahe, bedeutende und nicht wieder gut zu machende Gefahr für Leben und Gesundheit des zur Haft zu bringenden zu besorgen ist, und wenn er diese Ueberzeugung durch die von ihm selbst wahrgenommenen Krankheitserscheinungen und nach den Grundsätzen der Wissenschaft zu motiviren im Stande ist."

[1]) Dieser Erlass ist den Justizbehörden durch Rund-Verf. des Justizministers vom 3. Februar 1853 zur Kenntniss mit der Anweisung mitgetheilt, in allen derartigen Attesten, bei denen sie eine Unvollständigkeit, Oberflächlichkeit oder Nichtbeachtung der gegebenen Vorschrift wahrnehmen oder eine Unrichtigkeit vermuthen, Abschrift dem zuständigen Reg.-Präsidenten einzusenden. Gleichzeitig werden sie darauf aufmerksam gemacht, dass nur auf die Atteste der Medizinalbeamten bei Gesuchen um Aufschub der Vollstreckung von Freiheitsstrafen oder Schuldhaft Rücksicht genommen werden kann.

II. Feststellung des Todes und der Todesart.

Gesetzliche Bestimmungen des Strafgesetzbuches.

§ 206. Wer einen Gegner im Zweikampf tödtet, wird mit Festungshaft nicht unter zwei Jahren, und wenn der Zweikampf ein solcher war, welcher den Tod des einen von Beiden herbeiführen sollte, mit Festungshaft nicht unter drei Jahren bestraft.

§ 207. Ist eine Tödtung oder Körperverletzung mittelst vorsätzlicher Uebertretung der vereinbarten oder hergebrachten Regeln des Zweikampfes bewirkt worden, so ist der Uebertreter, sofern nicht nach den vorhergehenden Bestimmungen eine härtere Strafe verwirkt ist, nach den allgemeinen Vorschriften über das Verbrechen der Tödtung oder der Körperverletzung zu bestrafen.

§ 211. Wer vorsätzlich einen Menschen tödtet, wird, wenn er die Tödtung mit Ueberlegung ausgeführt hat, wegen Mordes mit dem Tode bestraft.

§ 212. Wer vorsätzlich einen Menschen tödtet, wird, wenn er die Tödtung nicht mit Ueberlegung ausgeführt hat, wegen Todtschlags mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren bestraft.

§ 213. War der Todtschläger ohne eigene Schuld durch eine ihm oder einem Angehörigen zugefügte Misshandlung oder schwere Beleidigung von dem Getödteten zum Zorn gereizt und hierdurch auf der Stelle zur That hingerissen worden, oder sind andere mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter 6 Monaten ein.

§ 214. Wer bei Unternehmung einer strafbaren Handlung, um ein der Ausführung desselben entgegentretendes Hinderniss zu beseitigen oder um sich der Ergreifung auf frischer That zu entziehen, vorsätzlich einen Menschen tödtet, wird mit Zuchthaus nicht unter 10 Jahren oder mit lebenslänglichem Zuchthaus bestraft.

§ 215. Der Todtschlag an einem Verwandten aufsteigender Linie wird mit Zuchthaus nicht unter 10 Jahren oder mit lebenslänglichem Zuchthaus bestraft.

§ 216. Ist Jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getödteten zur Tödtung bestimmt worden, so ist auf Gefängniss nicht unter 3 Jahren zu erkennen.

§ 222. Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängniss bis zu drei Jahren bestraft.

Wenn der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf fünf Jahre erhöht werden.

Vergleiche ferner §§ 221 Abs. 3, 226, 229 Abs. 2, 251, 324, 326; s. S. 102 u. 103.

A. Tod und Leichenerscheinungen.

1. Die verschiedenen Todesarten im Allgemeinen.

Nach § 22 des Regulativs für das Verfahren der Gerichtsärzte etc. ist das Gutachten nach Massgabe desjenigen, was sich aus dem objektiven Befunde ergiebt, zuerst auf die Todesursache und hierauf auf die Frage der etwaigen verbrecherischen Veranlassung zu richten. Die hierbei in Betracht kommenden Möglichkeiten, lassen sich in zwei Hauptgruppen einreihen:

1. natürlicher Tod,
2. gewaltsamer Tod;

und unter der letzten Gruppe unterscheiden wir wiederum:

a) Selbstmord, b) Mord und c) Verunglückung.

a. Der plötzliche natürliche Tod.

Es ist bekannt, dass eine ziemlich erhebliche Anzahl aller vorkommenden Todesfälle plötzlich ohne vorangegangenes Krankenlager, ja häufig ohne dass überhaupt irgendwelche Symptome auf eine vorangegangene oder bestehende Krankheit hinwiesen, zur Beobachtung gelangt. Derartige Fälle erwecken dann bei der Umgebung des Betroffenen gar nicht selten die Vorstellung, dass hier etwas Besonderes vorläge, eine Vergiftung oder Aehnliches.

Unsere sanitären Einrichtungen sind leider noch nicht zu derjenigen Vollkommenheit gediehen, um eine Aufklärung aller solcher Fälle zu ermöglichen; das gewöhnliche Verfahren ist vielmehr das, dass ein Arzt hinzugerufen wird, welcher den eingetretenen Tod feststellt und entweder, wenn er gewissenhaft ist, auf dem ihm vorgelegten Todtenschein die Todesursache als »unbekannt« oder wenigstens nur als »wahrscheinlich« (z. B. Herzlähmung) bezeichnet, oder aber, wenn er leichtgläubig genug ist, den Mittheilungen der Angehörigen u. s. w. Glauben zu schenken, auf Grund dieser Mittheilungen eine bestimmte Ursache z. B. »Herzschlag,« »Schlagfluss« »Krämpfe« u. s. w. angiebt, obwohl er sich dadurch eines Vergehens gegen § 278 d. Str.-G.-B. (s. S. 44) schuldig machen kann[1]).

In vielen Fällen wird überhaupt kein Arzt hinzugerufen, besonders auf dem platten Lande; in Preussen, wo keine obligatorische Leichenschau besteht, fehlt auch häufig eine Todesbescheinigung durch den Leichenschauer. Von Seiten der Polizei wird nun von derartigen plötzlichen Todesfällen der Staatsanwaltschaft Kenntniss gegeben, und diese beschliesst nach Anstellung

---

[1]) Ein Arzt, der allein auf eine Erzählung hin, und sei sie auch noch so glaubwürdig, bei einem Todesfalle, den er nicht selbst beobachtet hat, und von dem er nichts weiter kennt, als eben den eingetretenen Tod, die Diagnose bestimmt auf irgend eine Todesart stellt, handelt wider besseres Wissen; denn er muss wissen, dass die Mittheilungen, welche ihm geworden sind, ungenügend und minderwerthig sind, und dass sich hinter diesen Mittheilungen ein Verbrechen verbergen kann (s. auch S. 45).

der Erhebungen, ob sie eine gerichtliche Sektion anstellen lassen will oder nicht. Liegen keine Momente vor, welche für die Betheiligung eines Dritten am Tode sprechen, so unterbleibt in der Regel die gerichtliche Sektion, die Leiche wird zur Beerdigung freigegeben. Der Uebelstand, den dieses Verfahren im Gefolge hat, besteht darin, dass sich fast alle sogen. plötzlichen Todesfälle der Todesursachen-Statistik entziehen, und dass ferner hinter diesen Fällen von »natürlichem« Tod Strafthaten, nicht selten wohl auch Verbrechen sich verbergen können. Das einzige Mittel, das hier Wandel schaffen könnte, wäre die obligatorische Einführung einer Leichenöffnung aller plötzlich Verstorbenen, die ausserdem noch den nicht zu unterschätzenden Vortheil haben würde, dass die beamteten Aerzte auch in kleineren Kreisen stets eine zu ihrer Fortbildung dringend erwünschte grössere Anzahl von Sektionen auszuführen hätten.

Woran stirbt nun ein Individuum, das plötzlich ohne vorangegangene Krankheit zu Grunde geht? Wissenschaftlich analysirt wird jeder Todesfall stets eine akute Veranlassung haben. Chronische Erkrankungen, wie Lungenschwindsucht, bilden keine eigentliche Todesursache; eine akute Komplikation, Herzparalyse, Lungenödem oder ein anderer akuter Zustand wird stets hinzutreten und dem Leben ein Ende machen. Ebenso ist es aber auch bei anderen akuten Erkrankungen; eine Pneumonie, ein Typhus sind ebenfalls Erkrankungen, zu denen ein neues akutes Leiden hinzutreten muss, welches eins der lebenswichtigsten Organe, Gehirn, Herz, Lunge so alterirt, dass dadurch der Eintritt des Todes bedingt wird. In zweiter Linie ist dann stets in Betracht zu ziehen, welche Krankheit, sei sie akut oder chronisch, diesen letzten letalen, akuten Zustand hervorgerufen hat.

Derartiger Erkrankungen giebt es eine ausserordentliche Menge, ja, es giebt eigentlich kaum eine schwere Erkrankung, mag sie im Allgemeinen für noch so schmerzhaft und langdauernd gelten, welche nicht schon einen »plötzlichen natürlichen Tod« hervorgerufen hat. Der Cirkusclown stirbt mitten in der Vorstellung an einem Solitärtuberkel des Gehirns, von dem man bis jetzt noch nicht das Geringste bemerkt hatte; ein Anderer bekommt mitten bei der Arbeit eine tödtliche Blutung aus einem geplatzten Aneurysma der Aorta u. s. w. u. s. w. Bekannt sind besonders unter den akuten Erkrankungen die Pneumonia ambulatoria, der Typhus ambulatorius und die Meningitis ambulatoria, bei denen die Erkrankten nicht etwa innerhalb der ersten Stadien der Erkrankung, sondern vielmehr oft erst beim Ablauf der Krankheit zu Grunde gehen, wenn die Pneumonie bereits eine graue Hepatisation aufweist, wenn die Typhusgeschwüre sich reinigen u. s. w. Es würde zu weit führen, hier alle in Betracht kommenden Erkrankungen aufzuführen.

b. Gewaltsamer Tod (Selbstmord, Mord, Verunglückung).

Durch **Selbstmord** gehen bekanntlich Angehörige der verschiedensten Lebensalter jährlich zu Grunde; der jüngste be-

kannte Selbstmörder war ein Kind von 5 Jahren, aber auch Greise von 80 Jahren und darüber enden noch zuweilen durch Selbstmord. Am meisten zum Selbstmord geneigt sind Personen im Alter von 30 bis 50 Jahren; es erklärt sich dies daraus, dass bei derartigen Individuen häufiger als bei anderen ein Fehlschlagen der an das Leben gesetzten Hoffnungen vorkommt, während anderseits neue Aufgaben und neue Verpflichtungen an sie herantreten, denen sie nicht zu genügen im Stande sind. In Bezug auf die Häufigkeit des Selbstmordes folgen dann die Altersklassen von 20—30 und 50—60 Jahren. Frauen sind im Allgemeinen weniger am Selbstmord betheiligt als Männer; das weibliche Geschlecht vermag eben leichter und mehr zu dulden als das männliche; es besitzt ausserdem eine geringere Aktivität und schrickt eher vor einem Eklat zurück. Bei unverheiratheten und verwittweten Personen ist der Selbstmord häufiger als bei verheiratheten.

Bezüglich der Jahreszeit ist bekannt, dass gerade die als die schönsten geltenden Monate (Mai—August) die meisten Selbstmorde aufweisen; desgleichen geschehen am Tage mehr Selbstmorde als bei der Nacht.

Am meisten beliebt als Selbstmordmittel ist der Tod durch Erhängen (beim männlichen Geschlecht fast $^2/_3$, beim weiblichen fast die Hälfte aller Selbstmorde), ihm folgt an Häufigkeit derjenige durch Ertrinken (besonders beim weiblichen Geschlechte, wo diese Selbstmordart dreimal häufiger [etwa 39,0 %] als beim männlichen [13,5 %] vorkommt), dann der durch Erschiessen, namentlich beim männlichen Geschlechte (etwa 16 % gegenüber noch nicht 2 % beim weiblichen Geschlechte), hierauf der durch Schnitt- und Stichverletzungen, durch Vergiftung (vorzugsweise von Frauen als Selbstmordmittel gewählt), Sturz, Ueberfahren etc.

Doppelselbstmorde sind, wenn auch nicht häufig, so doch nicht gerade ungewöhnlich. Meist sind es familiäre Selbstmorde, veranlasst durch Nothstand und Sorgen sowie nicht selten mit Mord kombinirt. Auch Selbstmord-Epidemien sind, allerdings äusserst selten, sicher beobachtet; sie knüpfen sich in der Regel an bestimmte Lokalitäten oder Objekte, die von den Betreffenden besucht werden, und die sie gewissermassen wie durch Suggestion zum Selbstmord treiben. Die Statistik lehrt übrigens, dass Selbstmorde in einzelnen Gegenden, z. B. im mittleren Deutschland, häufiger als in anderen vorkommen, desgleichen unter der städtischen Bevölkerung mehr als unter der ländlichen.

Ueber die Frage, ob die Ursache jedes Selbstmordes durch eine geistige Störung bedingt wird, mag man mit einem Philosophen rechten; der Gerichtsarzt wird sich nie auf diesen Standpunkt stellen können und dürfen, wenn er nicht die Grundlagen unseres Zivilrechts verwirren will. Für ihn wird die Annahme einer geistigen Erkrankung nur dann angezeigt erscheinen, wenn durch einwandfreie Zeugnisse dargethan wird, dass bestimmte Symptome einer geistigen Erkrankung, z. B. Melancholie u. s. w., vor dem Tode bestanden haben, oder dass der

Verstorbene Epileptiker, Alkoholist u. s. w. war. Finden sich ausserdem bei der Sektion eines Selbstmörders Veränderungen im Gehirn (chronische Entzündungen der Hirnhäute, atrophische Vorgänge im Gehirn selbst und Aehnliches), so wird er sein Gutachten dahin abgeben können, dass nichts der Annahme eines Selbstmordes widerspreche, und dass die Angaben über das Verhalten des Verstorbenen vor seinem Tode sowie der Sektionsbefund die Annahme, er sei geistig nicht normal gewesen, unterstützen.

Bei Selbstmörderinnen haben wir verhältnissmässig oft den Status menstrualis uteri gefunden. Die Häufigkeit des Befundes legt die Annahme nahe, dass hier zwischen dem Selbstmord und der durch die Menstruation bedingten Alteration des Allgemeinbefindens ein gewisser, — aber nicht ursächlicher Zusammenhang besteht.

Für **Mord** sprechen gewisse Todesarten von vornherein, ebenso wie andere einen Selbstmord oder eine Verunglückung wahrscheinlich machen. Es kommt hier auf die Verhältnisse des einzelnen Falles an. Bei Tod durch Erhängen oder Ertrinken wird man stets in erster Linie an Selbstmord denken, da die bei Weitem grösste Zahl derartiger Todesfälle auf diese Weise erfolgt; trotzdem soll man keinen Umstand ausser Acht lassen, der dieser Annahme etwa widersprechen könnte; denn beide Todesarten können, wenn auch selten, als Mord vorkommen. Ebenso verhält es sich mit dem Tode durch Erschiessen; wenn der Schuss ein Nahschuss und auf einen unbedeckten Körpertheil abgegeben ist, vielleicht sogar an typischer Stelle, an der rechten Schläfe des Rechtshänders oder an der linken des Linkshänders sitzt, wird man ebenfalls zunächst einen Selbstmord annehmen dürfen, bis andere, dieser Annahme entgegenstehende Umstände ermittelt sind. Aehnliches lässt sich über den Tod durch Schnitt- und Stichwunden sagen. Desgleichen erscheint bei Vergiftung mit einem schlecht schmeckenden Gift ein Selbstmord glaublicher als ein Mord, denn ein Mörder wird in der Regel die Beibringung eines Giftes versuchen, von dem sein Opfer nichts schmeckt.

Ueber die **Verunglückung** soll hier nur soviel gesagt werden, dass neben dem objektiven Befunde bei der Sektion gerade den Umständen des Falles ganz besonders Beachtung zu schenken ist. Die Annahme, dass Jemand den Tod im Wasser durch Verunglückung gefunden hat, liegt weiter ab als diejenige, dass er darin seinen Tod gesucht hat. Sprechen die Umstände dafür, dass ein Unglück vorgekommen ist, dass ein Boot, in dem der Betreffende sass, umschlug, oder dass er beim Baden, z. B. während er erbrach, erstickte u. s. w., so sind dies alles Momente, die gegen die Annahme eines Selbstmordes durch Ertrinken sprechen und eine Verunglückung wahrscheinlich machen.

2. Priorität des Todes.

Unter Priorität des Todes versteht man den Eintritt des Todes eines Individuums vor dem Tode anderer Individuen,

die zugleich mit jenem ersten in einer gemeinsamen Gefahr umgekommen sind. Solche gemeinsamen Gefahren sind z. B. eine Schiffskatastrophe, eine Feuersbrunst u. dergl. m. Selbstverständlich wird hierbei im Allgemeinen der Eine eher als der Andere zu Grunde gehen, eine Annahme, die wohl im Wesentlichen durch Zeugenaussagen u. dgl. zu erhärten ist. Gelingt dieser Beweis nicht, so tritt die Bestimmung des § 23 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Kraft: „Sind mehrere in einer gemeinsamen Gefahr umgekommen, so wird vermuthet, dass sie gleichzeitig gestorben sind.«

Das Gemeine Recht stellte bezüglich der Priorität des Todes ausdrücklich den Grundsatz auf, dass, wenn Eltern und Kinder zusammen umgekommen sind, die geschlechtsreifen Kinder später, die noch nicht geschlechtsreifen Kinder früher als die Eltern gestorben sind. Noch genauere Bestimmungen traf der Code civil:

Art. 721. „Wenn diejenigen, welche zusammen umgekommen sind, noch nicht 15 Jahre alt waren, so tritt die Vermuthung ein, dass der Aelteste am längsten gelebt habe. Wenn sie alle über 60 Jahre alt waren, so tritt die Vermuthung ein, dass der Jüngste am längsten gelebt habe. Wenn die Einen noch nicht 15, die andern über 60 Jahre alt waren, so tritt die Vermuthung ein, dass die Ersteren am längsten gelebt haben.

Art. 722. Wenn diejenigen, welche zusammen umgekommen sind, über 15, aber unter 60 Jahre alt waren, so tritt stets die Vermuthung ein, dass die Mannsperson am längsten gelebt habe, wenn das Alter gleich ist, oder der Unterschied nicht 1 Jahr übersteigt. Waren sie des nämlichen Geschlechts, so findet die Vermuthung des Ueberlebens, wodurch nach dem gewöhnlichen Laufe der Natur die Erbfolge eröffnet wird, statt; man vermuthet also, dass der Jüngere den Aelteren überlebt habe.«

3. Konkurrenz der Todesursachen.

Nicht selten kommt der Fall vor, dass die Sektion einer Leiche mehrere Befunde ergiebt, deren jeder zur Erklärung des Todes genügen würde. Dem Gerichtsarzt liegt dann die Aufgabe ob, festzustellen: Welche Erkrankung oder Verletzung bildet nun die eigentliche Todesursache? Es ist dies eine manchmal ausserordentlich schwer zu beantwortende Frage; genaue Regeln lassen sich mit wenigen Worten kaum geben. Handelt es sich beispielsweise um ein chronisches inneres Leiden und eine gewaltsame Gesundheitsbeschädigung, so wird man von vornherein geneigt sein, letztere als die wirkliche Todesursache anzusprechen, obwohl dies nicht überall zutrifft. Jedenfalls bedarf es bei einer Konkurrenz mehrerer gewaltsamer Todesursachen einer genauen Abwägung aller Umstände des betreffenden Falles, um die Todesursache feststellen zu können. Ein Selbstmörder wird z. B. erhängt gefunden, in seiner Schläfe befindet sich eine Schusswunde, welches war die Todesursache? Zweifellos der Tod durch Erhängen; der Betreffende hatte sich entweder erschossen, während er den Kopf in der Schlinge hielt, oder einen vergeblichen Selbstmordversuch durch Erschiessen unternommen und sich nach dessen Misslingen

erhängt. Das Erhängen ist eben die schnellere Todesart, bei der sofort Bewusstlosigkeit in Folge der Applikation des Strangwerkzeuges eintritt. In einem anderen, von v. Hofmann begutachteten Falle war Jemand mit einem Schuss im Kopf, einer Strangulationsmarke und einer Halsschnittwunde gefunden; die Strangulationsmarke verlief unterhalb der Halsschnittwunde, die Schussverletzung im Schädel war nur eine oberflächliche. Hier hatte der Mörder seinem Opfer zuerst die Schussverletzung beigebracht, dann eine Erdrosselung versucht und schliesslich, als alles nicht zum Ziele führte, den Tod durch eine tiefe Halsschnittwunde hervorgerufen. Ein weiterer, von Strassmann mitgetheilter Fall betraf ein Neugeborenes, das die Zeichen einer Sturzgeburt, ferner Würgspuren am Halse darbot; überdies waren Rippen-Frakturen und eine Leberruptur vorhanden. Die Angabe der betreffenden Mutter, sie habe das Kind zu erwürgen versucht, sei aber ohnmächtig über dasselbe hingestürzt und habe es so erdrückt, wurde durch den Obduktionsbefund bestätigt; denn der Tod war durch Kompression des Thorax und die in Folge dessen hervorgerufene Verhinderung der Athembewegungen verursacht, aber nicht durch Erwürgen oder durch die Sturzgeburt.

4. Vitale, agonale und postmortale Verletzungen.

Gar nicht selten wird an den Gerichtsarzt die Anforderung gestellt, zu entscheiden, ob eine an der Leiche gefundene Verletzung dem Verstorbenen bei Lebzeiten zugefügt wurde oder erst nach dem Tode. Die Frage hat ein ganz erhebliches praktisches Interesse, weil zuweilen seitens eines Mörders der Anschein zu erwecken gesucht wird, als ob die von ihm ermordete Person sich selbst das Leben genommen habe; auch bei den in einem Brande umgekommenen Personen handelt es sich nicht selten darum, festzustellen, ob sie durch den Brand oder vorher durch anderweitige Einwirkung gewaltsam ums Leben gebracht und erst nachher verbrannt sind. Die Frage ist so wichtig, und ihre Beantwortung erfordert so viel spezielles Eingehen auf die betreffenden Todesarten, dass bei Besprechung der einzelnen gewaltsamen Todesarten stets darauf zurückgekommen werden soll; im Allgemeinen aber gelten folgende Gesichtspunkte:

Massgebend für die Beurtheilung einer Verletzung als einer vital zugefügten sind die allgemeinen und speziellen Kennzeichen einer Verletzung und deren Folgen. Zu den allgemeinen Kennzeichen einer solchen Verletzung gehören Störungen im Gesammtorganismus wie Anämie, Fettembolie, Luftembolie und Blutathmen; zu den speziellen die in der Wunde selbst zu Stande gekommenen, durch die Verletzung verursachten Organveränderungen.

Die Anämie kann verursacht sein durch eine Blutung nach aussen oder durch eine sogenannte innere Blutung, d. h. eine Blutung in die räumlich ausgedehnte oder sehr exkursionsfähige Brust- oder Bauchhöhle; denn eine solche in die Kopf-

höhle wird nie eine allgemeine Anämie hervorrufen. Bei der äusseren Verblutung wird sich die Menge des ergossenen Blutes annähernd bei dem Augenschein feststellen lassen; zu diesem Zwecke ist darauf zu achten, ob massenhaft Blutspuren vorhanden sind, welches die Dicke der Schicht des ergossenen Blutes ist, wieviel Blut bezw. bis zu welcher Tiefe dasselbe in den Erdboden eingesickert ist u. s. w. Man wird dann meist in der Lage sein, eine Folgerung bezüglich der Menge des Blutes zu ziehen. Exakter lässt sich die Menge des ergossenen Blutes bei der inneren Blutung bestimmen, wo sie genau nach Kubikzentimetern gemessen werden kann. Die Anämie, d. h. die Blutverarmung innerer Organe, ist ein ausserordentlich wichtiges und sicheres Kennzeichen einer vitalen Verletzung; denn wenn auch aus einer Wunde, die postmortal beigebracht ist und in hypostatischer Haut liegt, eine nicht unerhebliche Blutung nach dem Tode erfolgen kann, so wird sich bei derartigen Verletzungen doch niemals eine Anämie der grossen parenchymatösen Organe vorfinden. Ebenso erfolgt bei einer postmortal zugefügten Verletzung nur eine geringe Blutung; grössere Blutmengen von etwa $^1/_2$ Liter und darüber lassen einen vitalen Ursprung vermuthen.

Der sicherste Beweis dafür, dass nach der Verletzung noch das Herz gearbeitet hat, und demgemäss der Tod nicht augenblicklich mit der Verletzung eintrat, ist ferner die Fettembolie. Man sollte in fraglichen Fällen stets nach Fettembolie suchen, ebenso wie man es nie versäumen sollte, an der Lunge bei Verletzungen des Schädels, des Halses oder der Brust danach zu forschen, ob in Folge der nach der Verletzung noch stattgehabten Athembewegungen Blut aspirirt worden ist.

Luftembolie ist ein weiteres Kennzeichen einer während des Lebens stattgehabten Verletzung. Wichtig für ihre Diagnose ist, dass man im Stande sein muss, Fäulnissgase auszuschliessen; desgleichen darf durch etwaige Manipulationen mit der Leiche z. B. Abheben des Schädeldaches mit Eröffnung von Gefässen, nicht etwa Luft in die Gefässe artefiziell eingedrungen sein. Der Befund einer Luftembolie kann mit Bestimmtheit nur erhoben werden, wenn sich im rechten Vorhof Luft vorfindet; man wird in solchen Fällen durch Ligaturen das Herz abbinden und unter Wasser, nachdem man seine Schwimmfähigkeit festgestellt hat, einschneiden.

Von den speziellen oder örtlichen Kennzeichen einer vitalen Verletzung ist das wichtigste wiederum die Blutung, nächstdem die Suffusion. Hat eine Blutung aus der Verletzung stattgefunden, ohne dass diese im Bereich der Hypostase liegt, dann ist hierin ein untrügliches Zeichen einer vitalen Verletzung zu erkennen; liegt die Verletzung aber im Bereich der Hypostase, so kann eine Blutung aus derselben nicht als Beweis für ihren vitalen Ursprung verwendet werden. Dasselbe gilt von Suffusionen. — Wenn man nämlich einer Leiche einen Keulenschlag oder ähnliche Verletzungen beibringt und sie dann so aufhängt, dass die Verletzung an

abhängiger Stelle sich befindet, so können sich selbst 4—5 Tage nach dem Tode Suffusionen bilden.

Weniger wichtig als Kennzeichen einer vitalen Verletzung ist die Retraktion der Wundränder sowie das Oedem derselben; beide können nach dem Tode entstehen. Die Retraktion der Wundränder tritt insbesondere bei solchen postmortalen Verletzungen ein, die kurz nach dem Tode zugefügt sind; sie bleibt nur aus, wenn mehrere Stunden nach dem Tode verflossen sind, und die Todtenstarre der Muskulatur bereits begonnen hat. Oedem der Wundränder kann auch durch die Hypostase zu Stande kommen, namentlich wenn, wie dies bei allen plötzlichen Todesarten die Regel ist, das Blut der Leiche flüssig ist.

Im Uebrigen ist hier noch Folgendes zu bemerken: Suffusionen können auch bei vitalen Verletzungen fehlen, wenn in Folge einer Blutung dem Organismus so viel Blut entzogen ist, dass nicht mehr genügend davon zum Zustandekommen einer Suffusion zur Verfügung stand, oder wenn der Tod sehr bald nach der Verletzung erfolgte, oder die Herzaktion durch eine mit der Verletzung erlittene Gehirnerschütterung so kraftlos geworden ist, dass eine Blutung oder Suffusion nicht oder nur andeutungsweise hat eintreten können. Ebenso ist wichtig zu wissen, dass durch Fäulniss oder durch Mazeration in Wasser oder durch Verbrennung lokale Erscheinungen an einer Wunde als vitale nicht mehr erkannt werden können, indem durch Auswässerung oder durch Verkohlung die Zeichen einer Suffusion verschwinden.

Welche Verletzungen als **postmortale** anzusehen sind, ergiebt sich grösstentheils aus den vorstehenden Erörterungen. Es sei hier noch bemerkt, dass ganz bestimmte Leichenverletzungen unter gewissen Umständen angetroffen werden, z. B. Benagungen durch Ratten, Krebse u. s. w. an Wasserleichen; ebenso bekannt ist, dass Ameisen, Kellerasseln, Küchenschwaben Leichen zu benagen im Stande sind, sodass ausgedehnte Vertrocknungen der Haut oder auch tiefere Weichtheilsdefekte entstehen können. Desgleichen vermögen Fliegenmaden in kurzer Zeit ganz erhebliche Weichtheilsdefekte hervorzurufen; nach v. Hofmann können sie in 10 Tagen eine Kindesleiche bis auf Haut, Knochen und Sehnen aufzehren.

Eine dritte Kategorie von Verletzungen hat man **agonale** genannt; es sind hierunter solche zu verstehen, die während der Agone eintreten, also zu einer Zeit, in der bereits die Erscheinungen des Sterbens eingesetzt haben. Sie sind charakterisirt einmal dadurch, dass neben ihnen stets eine als thatsächliche Todesursache anzusprechende Veränderung vorhanden ist, und zweitens durch ihren Sitz. Stürzt z. B. Jemand im Sterben hin, so werden solche Theile besonders verletzt werden, die den Aussentheilen des Körpers entsprechen, wie Nase, Lippen, Stirn; auch ein Halswirbelsäulenbruch kann sich gelegentlich ebenfalls als agonale Verletzung vorfinden, z. B. wenn ein Kutscher vom Bock in Folge einer tödtlichen Gehirnblutung herabstürzt. Als ein weiteres Kennzeichen einer

agonalen Verletzung ist endlich das Fehlen einer ausgedehnten Suffusion zu nennen.

5. Physiologie und Pathologie der Leichenzersetzung.

Der Tod ist eingetreten mit dem Momente des Sistirens von Athem- und Herzbewegung; dauert eines von Beiden fort, so kann auch nicht von seinem Eintritt gesprochen werden. Die Folge beider Vorgänge ist eine Aufhebung des respiratorischen Gaswechsels und Mangel an sauerstoffhaltigem Blut, ein Vorgang, der im Allgemeinen als Erstickung bezeichnet wird. Die Erstickung hat demnach in diesem weiten Sinne genommen nichts Spezifisches, der Tod an Erstickung ist vielmehr derjenige, der schliesslich jedes Leben beendet.

Nach dem Eintritt des Todes finden sich noch gewisse **Reflexe** erhalten, so die elektro-muskuläre Reizbarkeit, die nach Eppinger bis 4 Stunden nach dem Tode andauern kann, die Reizbarkeit der glatten Musculi arrectores pilorum und die Reaktionsfähigkeit der Pupillen gegen Lichteinfall sowie gegen Atropin und Eserin, die 2—4 Stunden nach dem Tode fortbestehen kann. Endlich dauern die Bewegungen der Flimmerepithelien noch einige Zeit an, ebenso wie die Bewegungen der Spermatozoen, die bis 72 Stunden nach dem Tode noch lebend gefunden geworden sind.

Die **Temperatur** der Leiche beginnt in der Regel bald nach dem Tode zu sinken, eine Abkühlung pflegt nach 23 Stunden erfolgt zu sein, und zwar tritt diese Erscheinung schneller oder langsamer ein, je nach der Natur des umgebenden Mediums. Liegt die Leiche an der Luft, so wird schliesslich ihre Temperatur geringer als die der umgebenden Luft sein; die Abkühlung wird in Folge der Wasserverdunstung der Haut relativ schnell erfolgen, durch Kleidung, Decken u. s. w. aber verzögert werden. Eine postmortale Temperatursteigerung kommt vor z. B. beim Tetanus, bei dem sogar Temperaturen von 44° Celsius beobachtet sind.

3—10 Stunden nach dem Tode ist die **Hypostase** durch Sinken des Blutes nach den abhängigen Theilen der Leiche ausgebildet. Gerichtsärztlich ist dies ausserordentlich wichtig, weil, wenn die Leiche sich 23—28 Stunden in einer Lage befand, eine Veränderung der Todtenflecke durch Lagewechsel der Leiche nicht mehr möglich ist. Damit soll jedoch nicht gesagt werden, dass das Blut überhaupt seinen Standpunkt in der Leiche nach dieser Zeit nicht mehr wechseln kann; es gelingt vielmehr an Leichen, welche ein Alter von 4—5 Tagen erreicht haben, bei postmortalen Verletzungen durch stumpfe Gewalt sogar noch Suffusionen zu erzeugen, sobald man die Leiche in eine solche Lage gebracht hat, dass die Verletzung dem tiefsten Theil der Leiche entspricht.[1]) Aber eine vollkommene Entfernung der Todtenflecke, die vordem bestanden haben, ist durch diesen Lage-

[1]) Vergl. S. 142.

wechsel eben nicht mehr möglich. Da, wo die Leiche aufgelegen hat, oder wo umschnürende Kleidungsstücke, z. B. Strumpfbänder, die Hautgefässe komprimirt haben, kommt eine Hypostase nicht zu Stande; solche Stellen sind dann entweder durch ihr blasses Aussehen von der lividen Farbe der Todtenflecke deutlich abgegrenzt, oder es findet sich zwischen ihnen und den violetten Todtenflecken eine mehr röthliche Grenzzone, die einer geringeren Gefässfüllung entspricht.

Die Farbe der **Todtenflecke** ist im Allgemeinen eine blass-bläuliche, in's Violette spielende; nur bei einigen gewaltsamen Todesarten ist sie eine rothe, so bei der Kohlenoxydvergiftung, beim Tode durch Erfrieren und bei manchen Fällen von Cyankalium-Vergiftung; bei Vergiftung durch Kali chloricum ist sie eine graue.

Wichtig ist in jedem Falle, zu entscheiden, ob thatsächlich die violette Farbe der Todtenflecke nur von der Hypostase herrührt, oder ob sich darunter nicht etwa eine Suffusion verbirgt. Die Frage kann allein dadurch entschieden werden, dass jedesmal ein ausgiebiger tiefer Einschnitt in das Gebiet der Hypostase hineingelegt wird, wobei man dann feststellt, ob frei ergossenes Blut vorliegt, oder ob nur aus zerschnittenen Gefässen sich Blut entleert.

Nicht minder wichtig ist, dass nur durch die Hypostase an gewissen Stellen des Körpers Blutungen entstehen, sowie dass vorhandene Blutungen durch die Hypostase vergrössert werden können. Voraussetzung hierbei ist eine mehr oder weniger flüssige Beschaffenheit des Blutes. Gerade die Haut des Rückens, das gewöhnliche Gebiet der Hypostase, ist zu derartigen Ekchymosen sehr wenig disponirt, weil die Gefässe hier in dem umgebenden Bindegewebe in Folge seiner Straffheit einen ziemlich starken Rückhalt haben; dagegen ist die Haut der unteren Gliedmassen, die Haut der Arme wie die der vorderen Hälfte des Körpers und des Gesichts mehr zu solchen Ekchymosirungen geeignet. Demgemäss findet man bei Erhängten, die längere Zeit in hängender Stellung geblieben sind, Hautblutungen an den Beinen, ebenso wie bei Leuten, die in Bauchlage vom Tode ereilt sind, solche an der Vorderseite des Körpers oder auch wohl an den herabhängenden Armen.

Auch an den inneren Organen kommen Hypostasen oder Hämorrhagien nach dem Tode zu Stande. Die Hypostasen finden sich, um nur einige Stellen zu erwähnen, besonders an den Sinus der hinteren Kopfhälfte, sowie an den Venen der Pia im hinteren Abschnitt, ferner in den hinteren Abschnitten der Lunge, in den Nieren, im hinteren Abschnitt der Harnblase. Dass durch die Hypostase subperikardiale und subpleurale Ekchymosen vergrössert werden können, zeigt die einfache Betrachtung eines mit Ekchymosen bedeckten Herzens oder ekchymosirter Lungen; man wird nämlich stets die in den abhängig gelegenen Theilen des Organs befindlichen Ekchymosen grösser finden, als diejenigen der entgegengesetzten Seite. Ein Beispiel für die Bildung von Hämorrhagie durch die Hypostase ist eine Blutung, die sich namentlich bei wenigstens 3 Tage alten

Leichen vor dem Kreuzbein in dem lockeren Bindegewebe zwischen ihm und dem Mastdarm findet; dieselbe erreicht gar nicht so selten die Grösse eines Fünfmarkstückes und darüber.

Zwei Stunden nach dem Tode beginnt die **Todtenstarre;** abgeschlossen ist ihre Bildung etwa 10 Stunden nach dem Tode. Sie fängt in den Muskeln des Kiefergelenkes an, schreitet von oben nach unten vor und dauert an bis 72 Stunden und darüber. (Nysten'sches Gesetz.) Bei Säuglingen verschwindet sie schneller; bei unreifen Früchten wird sie fast nie beobachtet. Wir verstehen unter der Todtenstarre die letzte vitale Aeusserung der Muskulatur, ihre letzte Kontraktion. Wie die quergestreifte willkürliche Muskulatur des Körpers, so können auch die quergestreiften unwillkürlichen Muskeln innerhalb der Körperhöhle, aber auch die glatten Muskeln der Haut zu dieser letzten Kontraktion gelangen. Durch die Untersuchungen Strassmanns sind besonders die Verhältnisse bezüglich der Todtenstarre des Herzens geklärt; es geht daraus hervor, dass nach dem in der Regel erfolgenden diastolischen Herzstillstand entsprechend der Todtenstarre der Körpermuskulatur auch eine solche des Herzens eintritt, der zu Folge dessen Volumen verkleinert wird, sodass auch Blut aus den Ventrikeln entleert werden muss.

Eine besondere Art der Todtenstarre hat du Bois-Reymond als kataleptische Todtenstarre bezeichnet. Man versteht darunter denjenigen Zustand der Muskulatur, der direkt die letzte vitale Haltung wiedergiebt resp. bewahrt. Dass eine derartige kataleptische Todtenstarre gerichtsärztlich ausserordentlich wichtig ist, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden; bezüglich ihres Zustandekommens sei hier noch betont, dass sie bei gewissen Gehirn- und Rückenmarksverletzungen beobachtet worden ist, aber auch ohne solche. Experimentell hat man durch Tetanisiren des Rückenmarkes nach Durchtrennung des verlängerten Markes und der Karotiden die gewöhnlich eintretende Erschlaffung der Muskulatur verhindert; die tetanische Kontraktion der Körpermuskulatur ging direkt in die Todtenstarre über. Von verschiedenen Seiten ist behauptet, dass sich kataleptische Todtenstarre besonders nach solchen Situationen findet, bei denen die betreffenden Individuen in äusserst energischer Bewegung in momento mortis gewesen waren, z. B. auf Schlachtfeldern. Von anderer Seite wird dagegen angenommen, dass ein Auffinden der Leiche z. B. in vorschriftsmässiger Anschlagstellung nichts in Bezug auf eine kataleptische Todtenstarre erweise; eine Erschlaffung der Muskulatur sei zwar eingetreten, aber wegen mechanischer Fixirung der Extremitäten und des Kopfes der Leiche hätte der Eintritt der Todtenstarre eben nur in dieser und in keiner anderen Stellung erfolgen können. Dem gegenüber ist festzuhalten, dass doch auch sicher beobachtete Fälle vorhanden sind, wo eine solche mechanische Fixirung von Extremitäten und Kopf nicht vorhanden war, sondern wo thatsächlich ein Uebergang aus der letzten vitalen Haltung derselben in die Todtenstarre unmittelbar im Moment des Todes erfolgte und erhalten blieb. Wir er-

wähnen hier die Beobachtungen von Schlesinger bei Tetanie und von Wahncau, der über die stehend aufgefundene weibliche Leiche einer wahrscheinlich urämisch zu Grunde gegangenen Frau berichtet[1]), bei welcher von einer mechanischen Fixirung absolut nicht die Rede sein konnte. Wir selbst hatten Gelegenheit, einen Fall von akuter gelber Leberatrophie zu beobachten, bei welchem der Opisthotonus unmittelbar in die Todtenstarre überging, so dass die Leiche bei der Sektion noch die bekannte charakteristische Haltung zeigte.

Ein weiteres, sich sehr bald einstellendes Zeichen des eingetretenen Todes sind die **Vertrocknungen,** die an denjenigen Stellen der Leiche, welche eine mazerirte Epidermis oder andere zartzellige Beläge aufweisen, auftreten. Am bekanntesten sind die Vertrocknungen, die sich am Auge und zwar am geöffneten Auge bilden, insbesondere die Vertrocknungen der Conjunctiva bulbi an dem nicht vom Lid bedeckten Theil, sowie die Vertrocknungen der Cornea. Ferner sind zu nennen Vertrocknungen des schmalen Saumes am Munde der Neugeborenen zwischen Lippenroth und Mundschleimhaut. Diese Vertrocknung ist ausserordentlich wichtig, weil ihr Verkennen unter Umständen den Verdacht einer Säurevergiftung bei dem Unkundigen wachrufen kann. Eine weitere wichtige Vertrocknung, die fast bei keiner männlichen Leiche fehlt, ist die an der vorderen Seite des Skrotums. Die Mazeration durch Schweiss bewirkt hier während des Lebens eine Auflockerung der Epidermis, nach dem Tode verliert dann die Lederhaut durch Verdunstung ihre Feuchtigkeit; eine Vertrocknung ist schliesslich die Folge.

Das nächste Zeichen der eingetretenen Leichenzersetzung ist die Bildung von **Imbibitionsvorgängen,** namentlich in der Umgebung der Hautvenen der Brust und der oberen Gliedmassen. Man sieht dann hier alsbald missfarbige Streifen in der Haut verlaufen. Aber auch an anderen Stellen macht sich die Imbibition der Weichtheile der Leiche durch Organflüssigkeiten geltend; die Flüssigkeit dringt schliesslich durch die Lederhaut und sammelt sich hier entweder zwischen Lederhaut und Epidermis, letztere blasenartig erhebend, oder die Epidermis löst sich fetzig ab, und die braunrothe Lederhaut liegt frei, um nun entweder zu vertrocknen oder, wenn viel Flüssigkeit vorhanden war, sodass eine Vertrocknung gar nicht erst entstehen konnte, allmählich zu erweichen. Inzwischen ist die Farbe der Leiche eine grünlichblaue bis vollkommen grüne geworden, eine Veränderung, die durch die Bildung von Sulfhämoglobin durch Einwirkung von Schwefelwasserstoff auf das Oxyhämoglobin zu erklären ist; dieser Körper lässt sich auch spektroskopisch identifiziren, wenn man den Inhalt einer

---

[1]) Schlesinger: Ueber kataleptische Todtenstarre. Friedreichs Blätter für ger. Med. u. San.-Pol., 1895. Wahncau: Ein seltener Fall von kataleptischer Todtenstarre. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wes. Dritte Folge, X. Bd., 1895.

Fäulnissblase vor das Spektroskop bringt; man findet dann, dass ein schmaler Absorptionsstreifen etwa in der Mitte zwischen dem des Methämoglobins und dem 1. Oxyhämoglobin-Bande vorhanden ist.

Eine weitere wichtige Veränderung ist mittlerweile durch die Bildung des **Fäulnissemphysems** eingetreten; es ist dies eine Auftreibung der Haut namentlich der oberen Körperhälfte, die auf der Bildung von Gasblasen im lockeren Bindegewebe beruht. Natürlich sind gerade diejenigen Theile, die ein sehr lockeres Bindegewebe aufweisen, ganz besonders disponirt zur Entwicklung von Fäulnissemphysem, so z. B. die Haut in der Gegend des Schlüsselbeins, die Haut des Bauches, des Skrotums und der grossen Labien; es ist dies der Zustand des Körpers der von Casper als gigantische Auftreibung bezeichnet worden ist. Es sei hier noch erwähnt, dass man unschwer bei derartigen gigantischen Leichen durch Einstich in das Unterhaut-Bindegewebe das Gas zum Ausströmen bringen kann; ein davor gehaltenes brennendes Streichholz lässt eine nicht leuchtende bläuliche Stichflamme entstehen, welche so lange brennt, als es gelingt, durch Druck auf die Weichtheile Gas aus der Stichwunde zum Entweichen zu bringen.

Die **inneren Organe** haben inzwischen ebenfalls eine Reihe schwerer Veränderungen durchgemacht. Das Blut ist aus den Gefässen herausgetreten und hat die Nachbarschaft durchsetzt; der Feuchtigkeitsgrad aller, namentlich der abhängig gelegenen Organe ist durch Transsudation ein grösserer geworden; desgleichen haben die Organe eine grünliche Farbe angenommen. Weiter wird ihr Bau dadurch verändert, dass auch sie dem Fäulnissemphysem ausgesetzt sind, so dass normaler Weise luftleere Organe wie die Milz, schliesslich auf dem Wasser schwimmen können.

Mikroskopisch ist sehr bald nach dem Tode eine albuminöse Trübung der Parenchymzellen sämmtlicher Organe festzustellen, welche mit der albuminösen Trübung, wie sie sich bei akuten Infektions-Krankheiten oder bei Vergiftungen einstellt, nicht verwechselt werden darf. In der Harnblase sind die Epithelien desquamirt, und durch Transsudation in die Harnblase hinein ist schliesslich der Urin eiweisshaltig geworden.

Eine mit der Gasentwicklung innerhalb der Leiche im Zusammenhang stehende Erscheinung ist die sehr interessante **Sarggeburt.** Vorbedingung für diese ist, dass eine Oeffnung resp. Erweiterung des Muttermundes im Augenblick des Todes bereits geschehen sein muss. Es ist dies forensisch sehr wichtig. Eine Entwicklung von Fäulnissgasen allein wird nie eine Entfaltung des unteren Uterinsegmentes zu Stande bringen können. Eine Sarggeburt kann auf zweierlei Weise entstehen; einmal bei noch nicht weit vorgeschrittener Fäulniss dadurch, dass bei völlig erweitertem Muttermunde rein mechanisch durch Bewegung der Leiche das Kind aus den Geburtswegen herausgleitet, und zweitens dadurch, dass Fäulnissgase die kindliche Leiche aus

dem Uterus herausbefördern. Beide Entstehungsweisen sind beobachtet und sicher festgestellt. An die Austreibung des Kindes durch Fäulnissgase kann sich leicht noch weiter durch die Gase, welche in der Bauchhöhle sich angesammelt haben, eine Inversio uteri anschliessen.

Dem Stadium der Fäulniss: Grünfärbung und gigantische Auftreibung u. s. w., folgt sehr bald die weitere **kolliquative Fäulniss.** Die Leichenzersetzung erfordert die Anwesenheit von Mikroorganismen; es ist wichtig, dies zu berücksichtigen, wenn man die Fäulniss des Neugeborenen mit seinem aseptischen Darmkanal und die Fäulniss des Erwachsenen verstehen will. Während bei Leichen der letzteren Art die Fäulniss von der Bauchhöhle her ihren Ausgang nimmt, erfolgt bei der Kindesleiche die Fäulniss, wenn man so sagen darf, gerade umgekehrt, also nicht von innen nach aussen, sondern von aussen nach innen. An die Anwesenheit resp. die Einwirkung der Mikroorganismen gebunden erscheinen die zur Leichenzersetzung sich vereinigenden Oxydations- und Reduktionsvorgänge. Erstere bezeichnen wir mit **Verwesung,** letztere mit **Fäulniss.** Ob in dem einzelnen Falle die Verwesung oder die Fäulniss die Leichenzersetzung beherrscht, hängt von verschiedenen Umständen ab. Im Allgemeinen wird man erwarten können, dass bei reichlichem Wasservorrath in den Geweben die Reduktionsvorgänge überwiegen, während bei Wassermangel und reichlicher Luftzufuhr Oxydationsvorgänge besonders stark vertreten sind. Die Resultate der Oxydation sind u. a. Salpetersäure, Kohlensäure, Schwefelsäure und Phosphorsäure; Produkte der Reduktion sind Schwefelwasserstoff, Kohlenwasserstoff und Ammoniak. Als Zwischenstufen des letzteren finden wir die sog. Leichenalkaloide (Ptomaine), von denen wir 4 Gruppen unterscheiden können: 1. Amine, 2. Diamine, 3. Cholinderivate und 4. sonstige Ptomaine.

So zerfallen schliesslich die Weichtheile der Leichen. Bänder und Knorpel halten der Zerstörung etwas länger Stand, Knochen können sich unter Umständen Jahrhunderte lang erhalten, auch dann kann man noch Fett und Gallerte durch Kochen aus ihnen erzielen. Ebenso wie die Knochen setzen auch die Haare dem Zerfall eine relativ lange Resistenz entgegen; auch an hundert Jahre alten Haaren hat man noch vermocht, die einzelnen Schichten ganz wie bei frischen Haaren nachzuweisen.[1]) Ueber die Veränderungen der Haare im Verlaufe der Leichenzersetzung vgl. den Abschnitt über Rekognition.

Für das Zustandekommen der vorher geschilderten Leichenzersetzung ist es von Bedeutung, dass die Leichenflüssigkeit abfliessen kann, und dass eine gewisse Austrocknung der Leiche den Zerfall von Weichtheilen und Knochen unterstützt. Wir verstehen unter einer derartig verlaufenden Leichenzersetzung eine normale; im Gegensatz zur pathologischen, bei

[1]) E. Ziemke: Hundert Jahre alte Haare. Vierteljahrsschrift für ger. Med. und öff. San.-Wesen, III. Folge, XVI. Bd., 1898.

welcher wir zwei verschiedene Vorgänge unterscheiden: Mumifikation und Fettwachs-(Adipocire-)Bildung.

Die **Mumification** erfolgt, wenn durch schnelle, bei der Leiche vorbeiziehende Luftströmungen, vielleicht noch unterstützt durch thermische Einflüsse, eine Austrocknung erfolgt, indem die Feuchtigkeit entführt, neue Feuchtigkeit dagegen nicht zugeführt wird. Es tritt hier eine vollkommene Schrumpfung ein; die Körpergestalt bleibt aber im Allgemeinen erhalten. Kindesleichen, die ohnehin nicht über viel Feuchtigkeit verfügen, scheinen zu einer derartigen Veränderung besonders leicht geneigt zu sein. Durch geeignete Mittel z. B. Chlorzink-Injektionen lässt sich auch experimentell eine Mumifikation erzielen.

Der zweite pathologische Verwesungsvorgang: die **Fettwachs- oder Adipocire-Bildung,** ist dadurch verursacht, dass bei Luftabschluss zur Leichenfeuchtigkeit immer neue Feuchtigkeit hinzutritt. Naturgemäss wird ein derartiger Prozess besonders bei Wasserleichen beobachtet, sowie bei solchen Leichen, welche sich dauernd unterhalb des Grundwasserniveaus aufhalten, also permanent von Feuchtigkeit umgeben sind. Eine Fettwachsleiche zeigt Epidermis und Lederhaut in schmierigem Zerfall, dagegen ist das Unterhaut-Fettgewebe und zum Theil auch ein Theil der inneren Organe nach Abspaltung des Glyzerins in Fettsäuren verwandelt. Mikroskopisch finden sich hier Fettsäure-Nadeln, chemisch sind freie Fettsäuren, Olein-, Palmitin- und Stearinsäure, häufig verseift durch die Verbindung mit Alkalien nachzuweisen. Die Fettsäurepanzer sind schmelzbar und in Aether löslich. Ueber das Zustandekommen der Fettwachsbildung stehen sich zwei Anschauungen gegenüber: v. Hofmann nimmt an, dass sich nur das präformirte Fett zu Fettsäure umwandelt, während der andere Theil der Weichtheile der Fäulniss anheimfällt; Virchow u. a. sind dagegen der Ansicht, dass eine Umwandlung der gesammten Weichtheile in Fettsäure eintritt. Für diese Ansicht spricht, dass thatsächlich aus Muskelfleisch Fettsäure gebildet werden kann, gegen dieselbe aber, dass diese Fettsäurebildung nur eine beschränkte ist. Nach v. Hofmann kann die Menge des präformirten, in Fettsäure umgewandelten Fettes noch dadurch eine Steigerung erfahren, dass mit der Imbibition und Transsudation der wässrigen Bestandtheile der Leiche auch eine Wanderung des Fettes eintritt — ein Vorgang übrigens, der bei jeder etwas älteren Leiche an dem fetttropfenreichen Blut beobachtet werden kann. Welche von beiden Anschauungen die richtige ist, steht dahin; hervorgehoben sei jedoch, dass auch innere Organe, welche sehr viel Fett enthalten, wie z. B. Fettlebern, sich ausgezeichnet zur Fettwachsbildung eignen und geradezu experimentell ohne Weiteres hierzu herangezogen werden können. Fett von Säufern und kleinen Kindern scheint eine besonders starke Tendenz zur Fettwachsbildung zu haben, sobald die äusseren Umstände günstig sind.

Mumifikation und Fettwachsbildung haben durch die Konservirung der Form ein grosses gerichtsärztliches Interesse, so

z. B. wenn es sich um die Feststellung der Identität einer Leiche oder um die Aufdeckung von Verbrechen handelt. Bekannt ist ein von Kratter mitgetheilter Fall, bei welchem noch eine Strangfurche an einer Adipocireleiche zu erkennen war.

Die ersten Zeichen von Fettwachs-Bildung sind frühestens 6 Wochen, in der Regel aber erst 3 Monate nach dem Tode zu erwarten.

6. Bestimmung der Zeit des Todes.

Für die Bestimmung der Zeit des Todes sind besonders die vorher geschilderten Erscheinungen der Leichenzersetzung massgebend, jedoch ist dabei auch der Einfluss der Witterung zu beachten. Nach Casper entspricht die Zersetzung einer Leiche, die eine Woche an der Luft gelegen hat, ceteris paribus einer solchen, die zwei Wochen im Wasser oder acht Wochen in der Erde lag. Im Sommer erreicht die Zersetzung einer Leiche schon innerhalb einer Woche den gleichen Grad wie im Winter während eines Monats. Es sind dies allerdings nur ganz grobe Masse, aber im Allgemeinen brauchbar zur Bestimmung der Zeit des Todes.

Beschleunigt wird die Leichenzersetzung durch Infektionskrankheiten, besonders durch die Sepsis, ebenso auch durch Bettwärme. Es ist erstaunlich, wie schnell sich Leichen plötzlich Verstorbener unter sonst günstigen thermischen Verhältnissen verändern, wenn sie in dem warmen Bett liegen bleiben, vielleicht noch von einem Federbett zugedeckt. Die Wärme der Leiche bleibt dann ausserordentlich lange erhalten. So sehen wir bei derartigen Leichen Grünfärbung der Haut, besonders an den von der warmen Decke geschützten Stellen, blasenförmige Abhebung der Epidermis u. s. w. zu einer Zeit, in der man sonst keine erhebliche Leichenzersetzung vermuthen sollte. 2—3 Jahre langes Liegen in der Erde lässt die Weichtheile verschwinden, Knorpel und Ligamente werden nach 5 und mehr Jahren zerstört, nach 10 Jahren beginnen die Knochen zu zerfallen; durchlässiger Sandboden beschleunigt, fetter Lehmboden verzögert den Zerfall.

Auch aus dem ständigen Vorkommen gewisser Ptomaine hat Kratter eine Bestimmung der Zeit des Todes herleiten wollen. In den ersten zwei Tagen der Fäulniss ist Cholin vorhanden, dann erscheint Neuridin bis zum 14. Tage. Cholin ist nach 7 Tagen verschwunden, dafür erscheint dann Trimethylamin.

Bezüglich der Bestimmung der Zeit des Todes bei älteren Leichen hat Mégnin auf das Vorkommen bestimmter Insektenarten während bestimmter Perioden hingewiesen. Er unterscheidet 1. eine Période sarcophagienne (3 Monate — Dipteren), 2. Période dermestienne (Periode der Fettzehrer — Coleopteren und Lepidopteren — 3—4 Monate), 3. Période silphienne (Periode der vorgeschrittenen Fäulniss — Phora, Anthomyia, Silpha etc. — 6—8 Monate) und 4. Période acarienne (6—12 Monate — Acarinen und Anthrenen — Moderbildner).

Alle diese Angaben bedürfen noch genauerer Nachprüfung.

7. Rekognition.

Nach § 88 der Strafprozessordnung hat vor Beginn der Obduktion eine Feststellung der Identität der Leiche zu erfolgen. Handelt es sich aber um eine unbekannte Leiche, so soll eine genaue Beschreibung derselben in den öffentlichen Blättern gegeben werden. Bei der Leichenschau muss demgemäss nicht nur die Lage und Beschaffenheit des Leichnams, der Ort, wo, die Kleidung, worin er gefunden ist, genau bemerkt werden, sondern überhaupt Alles, was für die Feststellung der Identität von Bedeutung sein könnte. Deshalb schreibt auch § 13 des Regulativs ausdrücklich vor, dass bei Leichen unbekannter Personen die Farbe und sonstige Beschaffenheit der Haare (Kopf und Bart) sowie die Farbe der Augen zu bestimmen sei.

Die **Kleidungsstücke,** in denen eine Leiche gefunden wird, bilden ein hervorragend wichtiges Moment, um Leichen unbekannter Personen zu identifiziren; es empfiehlt sich deshalb, nicht mit einer Beschreibung der Kleidungsstücke etc. sich zu begnügen, sondern dafür Sorge zu tragen, dass von allen Kleidungsstücken Proben zu den Akten genommen werden, damit später auf Grund derselben eine Rekognition erfolgen kann. Auch an vergraben gewesenen Leichen sind die Kleidungsstücke häufig noch zu diesem Zwecke zu verwenden, wenngleich ein vollkommener Zerfall derselben besonders nach Jahren die Regel sein wird. Zuweilen finden sich aber doch noch einige Fetzen intakten Stoffes, oder sonstige zur Rekognition heranzuziehende Effekten vor.

Nächst den Kleidungsstücken, deren Beschreibung nicht Sache des medizinischen Sachverständigen ist, dienen zur Feststellung der Identität der Leiche die Körpergrösse und der Knochenbau, das Lebensalter, das Geschlecht, der Ernährungszustand, und die besonderen Eigenthümlichkeiten der betreffenden Leiche, wie Tätowirungen u. dgl. m.

Körpergrösse und Lebensalter. Kennt man die Körpergrösse einer unbekannten Leiche, so ist man unter Zugrundelegung der Wachsthumsnormen nach Liharzik [1]) im Stande, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit das Lebensalter des betreffenden Individuums festzustellen.

Es entspricht nämlich:

die Länge von	einem Alter von	die Länge von	einem Alter von	die Länge von	einem Alter von
50 cm	0 Jahr	103 cm	8 Jahr	151 cm	16 Jahr
56 „	1 „	109 „	9 „	157 „	17 „
63 „	2 „	115 „	10 „	163 „	18 „
70 „	3 „	121 „	11 „	165 „	19 „
77 „	4 „	127 „	12 „	167 „	20 „
84 „	5 „	133 „	13 „	169 „	21 „
91 „	6 „	139 „	14 „	171 „	22 „
97 „	7 „	145 „	15 „	173 „	23 „
				175 „	24 „

[1]) Vierordt; l. c., S. 17.

Auch wenn es sich um Individuen handelt, deren Wachsthum abgeschlossen war, wird sich häufig noch annähernd das Alter feststellen lassen. Wachholz hat nämlich gefunden, dass die Verknöcherung der Knorpelleiste zwischen oberer Epiphyse und Diaphyse am Oberarm, die mit dem 15. Jahr beginnt, um das 20. Jahr abgeschlossen ist. Im Anfang der dreissiger Jahre erreicht die Markhöhle die erwähnte Leiste, die erst in späteren Jahren verschwindet. Vom 30. Jahr ab wächst die Markhöhle nur in die Breite, nicht aber in die Höhe weiter. Im Puberbätsalter verschmelzen Keilbein und Hinterhauptsbein. In den vierziger Jahren beginnen Rippen- nnd Kehlkopfknorpel zu verknöchern.

Auch die Verhältnisse der Dentition können zur Bestimmung des Lebensalters verwendet werden. Es erscheinen nämlich:

die mittleren unteren Schneidezähne	im 7. Monat,	sie fallen aus im Alter von	7 Jahr.
„ „ oberen „	„ 10. „	„ „ „ „ „ „ „	$7^1/_2$ „
„ seitlichen unteren „	„ 16. „	„ „ „ „ „ „ „	8 „
„ „ oberen „	„ 20. „	„ „ „ „ „ „ „	
„ ersten unteren Molaren	„ 24. „	„ „ „ „ „ „ „	10 „
„ „ oberen „	„ 26. „	„ „ „ „ „ „ „	$10^1/_2$ „
„ zweiten unteren „	„ 28. „	„ „ „ „ „ „ „	10 „
„ „ oberen „	„ 30. „	„ „ „ „ „ „ „	$11^1/_2$ „
„ unteren Eckzähne „ oberen „	im 30.—33. „	„ „ „ „ „ „ „	12 „

Von den bleibenden Zähnen der II. Dentition brechen die ersten Molaren im 5.—6. Jahr durch, die mittleren Schneidezähne im 7. Jahr, die seitlichen Schneidezähne im Alter von $8^1/_2$ Jahren, die ersten Prämolaren zwischen dem 9. und 10. Jahr, die zweiten Prämolaren im 11. Jahr, die Eckzähne im 11.—12. Jahr, die zweiten Molaren im 12.—13. Jahr und die dritten Molaren im 19.—25. Jahr[1]).

Zuweilen kommen Fälle von Leichenzerstückelung zur Beobachtung. Zum Theil handelt es sich dann darum, dass ein Mörder die Leiche seines Opfers zerstückelt hat, um so die Spuren des Verbrechens bequemer verbergen zu können, zuweilen aber ist auch krasser Aberglaube, der einem bestimmten vom Körper gewaltsam abgelösten Glied eine mystische Gewalt beilegt, die Ursache der Leichenzerstückelung. Der Aufgabe, auch in solchen Fällen eine Bestimmung der Körperlänge zu liefern, kann der Gerichtsarzt unter Zugrundelegung nachfolgender Tabelle gerecht werden. Rechnet man die Länge des Körpers = 100, so ist nach Topinard[2])

die Stammlänge	52%	(Scheitel bis Damm)
die Kopfhöhe	13,3%	(Unterkieferwinkel bis Scheitel)
die Halslänge	4,2%	(Hinterkopf bis Dornfortsatz des VII. Halswirbels)
die Rumpflänge	35,0%	(VII. Halswirbel bis Damm)

---

[1]) Amadeo: Die Zahnheilkunde in der gerichtlichen Medizin, übersetzt von G. Port. Leipzig 1900.

[2]) Vierordt: l. c. S. 9.

die Schulterbreite	23,0%	
die Hüftbreite	18,8%	(an dem Darmbeinkamme)
der Oberarm	19,5%	
der Vorderarm	14,0%	
die Hand	11,5%	
der Oberschenkel	20,0%	
der Unterschenkel	23,0%	
die Fusshöhe	4,5%	(unterhalb des äusseren Knöchels).

In ähnlicher Weise hat Langer für die Bestimmung der Körpergrösse aus einzelnen aufgefundenen **Knochen** die folgenden Anhaltspunkte gegeben:

Es ist enthalten in der Leibeshöhe

	beim Neugeborenen	beim Manne
die Wirbelsäule	2,60 mal	2,82 mal
der Schädel	4,89 „	7,90 „
„ Oberschenkelknochen	5,19 „	3,84 „
das Schienbein	6,20 „	4,65 „
„ Oberarmbein	6,12 „	5,00 „
der Radius	8,34 „	7,06 „
die Hand	7,95 „	9,03 „
der Fuss	8,62 „	9,72 „ [1])

Bezüglich der Feststellung des Alters einer Kindesleiche hat Haberda eine Reihe bemerkenswerther Untersuchungen angestellt, deren Resultate hier Platz finden mögen:

Der Abfall der Nabelschnur erfolgt am häufigsten am 4. und 5., seltener am 3. und 6. Lebenstag, sehr selten vor- oder nachher. Theilweise Ablösung der Schnur spricht dafür, dass das Kind mindestens 1–2 Tage gelebt hat. Die Röthung des peripherischen Saumes des Hautnabels kann schon nach wenigen Lebensstunden auftreten, verschwindet aber an der Leiche oft fast vollständig gerade dann, wenn sie auch im Leben erst im Beginn war. Sie darf mit dem nicht die ganze Zirkumferenz des Hautnabelrandes einnehmenden roten Saume, der an der Leiche auftritt, nicht verwechselt werden. Eine trichterförmige, noch feuchte Nabelwunde findet sich immer bis zum 14. Lebenstage; vollständige Vernarbung des Nabels spricht für ein Leben von mindestens 3 Wochen. Sind die Nabelgefässe noch nicht retrahirt, so kann man schliessen, dass das Kind sich in den ersten 2 Lebenswochen befand; geringe Retraktion findet man bei 3 Wochen alten, Retraktion von 1–2 cm bei 1 Monat alten, Retraktion bis zum Blasenscheitel bei 2 Monat alten, Retraktion bis unter den Blasenscheitel bei 4 Monat alten Kindern. Verschluss der Endstücke der Nabelgefässe findet sich nach vollendeter 6. Woche; tiefer gelegene Gefässabschnitte können meist noch nach 2 Monaten mit einer Borste sondirt werden. Im Übrigen kann nur der Verschluss der Gefässe gerichtsärztlich zu Altersbestimmungen verwerthet werden, da ein Restlumen bei gleichzeitigem Vorhandensein von Seitenästen bis zum hohen Alter persistiren kann. Ist der Ductus Botalli der Pulmonalis nahezu an Weite gleich, so hat das Leben bis zu einer Woche gedauert; am Ende der ersten Woche bildet sich die eigenthümliche trichterförmige Mündung an der Aorta. Bis in die zweite Woche ist der Ductus für eine mittlere Sonde, bis zum Ende der 3. Woche für eine

[1]) Drasche: Bibliothek der ges. med. Wiss. Band Hygiene u. ger. Med. Artikel: „Identitätsbestimmung" bearbeitet von Kraffer.

feine Sonde durchgängig, nachher bis zum Ende des 3. Monats wenigstens theilweise für Borsten. Der Trichter an der Aortenmündung flacht sich in der 4. Woche ab, eine Delle ist noch daselbst bis zum 3. Monat zu finden. Die Pfortadermündung des Ductus venosus schliesst sich um die 3. Woche, der ganze Ductus selten vor vollendetem 2. Monat, doch bleibt ein feines Lumen nahe der Cava bis über den 4. Monat hinaus offen.

Das **Geschlecht** wird im Allgemeinen ohne Weiteres festzustellen sein. Handelt es sich um in Fäulniss übergegangene Leichen, so bieten Uterus, sowie Prostata und Caput gallinaginis, die der Zersetzung sehr lange Widerstand leisten, häufig noch genügende Handhabe zur Bestimmung des Geschlechts. Aber auch, wenn aus der Untersuchung der Weichtheile die Diagnose des Geschlechts nicht mehr gestellt werden kann, lässt sich aus den Verhältnissen des knöchernen Beckens noch eine Feststellung, ob es sich um ein männliches oder weibliches Individuum handelt, machen. Das Kreuzbein des Weibes ist breiter als das des Mannes, der Beckeneingang des letzteren kartenherzförmig, das kleine Becken im ganzen trichterfömig, sich nach unten verengend, der Beckeneingang des Weibes hat dagegen eine annähernd elliptische Gestalt, die Form der Höhlung des kleinen Beckens ist zylindrisch. Der Schamfugenwinkel des Weibes ist weit und kreisbogenförmig, der des Mannes spitz. Ferner sind die nachstehenden Maasse des knöchernen Beckens für die Bestimmung des Geschlechts von Wichtigkeit. Es ist nämlich:

im Beckeneingang:
der gerade Durchmesser beim Manne 10,8 cm, beim Weibe 11,6 cm,
der quere „ „ „ 12,8 „ „ „ 13,5 „
der schräge „ „ „ 12,2 „ „ „ 12,6 „
Umfang des Eingangs „ „ 40,6 „ „ „ 44,7 „
in der Beckenhöhle:
der gerade Durchmesser beim Manne 10,8 cm,
„ „ „ „ Weib 12,2 „,
im Beckenausgang:
der gerade Durchmesser beim Manne 7,4 cm, der quere 8,1 cm,
„ „ „ „ Weib 9 „ „ „ 10,8 „.

Die Höhe des Beckens von der Crista ossis ilei bis zum Tuber ossis ischii beträgt beim Manne 21,7, beim Weibe 19,6 cm.

Der Ernährungszustand wird sich bei der Rekognition frischer unbekannter Leichen ohne Weiteres richtig feststellen lassen; war die Leiche dagegen einige Tage oder Wochen der Leichenzersetzung preisgegeben, so kann eine »gigantische Auftreibung« (cf. oben) durch Fäulnissemphysem leicht einen guten Ernährungszustand vortäuschen, ebenso wie anderseits beginnende Mumifikation durch Austrocknung ein während des Lebens gut genährtes Individuum als mager erscheinen lassen kann; auch solche Leichen, welche durch Flammenwirkung ihre Feuchtigkeit mehr oder weniger verloren haben, werden geschrumpfte Weichtheile darbieten. Während man sich bei durch Fäulniss aufgetriebenen Leichen durch reichliche Einschnitte noch ein Bild des ursprünglichen Zustandes wenigstens an-

nähernd verschaffen kann, haben wir in der Aufquellung in Flüssigkeiten nur ein mangelhaftes Mittel, um geschrumpfte Weichtheile wieder in ihrer früheren Mächtigkeit erscheinen zu lassen.

Sonstige Eigenthümlichkeiten. Bei der Rekognition werden häufig Eigenthümlichkeiten des Skeletts bemerkenswerthe Schlüsse gestatten, so z. B. Spitzköpfe, Sattelköpfe u. dgl., ferner Verbiegungen der Wirbelsäule, Hühner- oder Trichterbrust, Defekt von Gliedern und Knochennarben. Die Haarfarbe kann durch Hitzewirkung bei Feuersbrünsten rothbraun, oder durch Russ schwarz werden. Bei Wasserleichen können die Haare abbrechen, so dass sie wie geschoren aussehen, oder sie können mit Wurzeln und Epidermis verloren gehen, und Kahlköpfigkeit kann vorgetäuscht werden, oder der Kopf macht dem Unkundigen den Eindruck, als ob er rasirt wäre. Haare jahrelang begrabener Leichen nehmen eine fuchsige Farbe an. Die Regenbogenhaut erscheint bei vorgeschrittener Fäulniss zuweilen blutig imbibirt oder tiefblau, wenn überhaupt wegen der Hornhauttrübung noch etwas davon wahrgenommen werden kann. Auch die Linse kann durch Fäulniss stark getrübt erscheinen. Die Zähne haben schon häufig bei schwierigen Rekognitionen bemerkenswerthe Befunde dargeboten, so z. B. haben Zahnärzte an den von ihnen gemachten Plomben mit Bestimmtheit Personen wieder zu erkennen vermocht, zumal wenn sie die Befunde an den Zähnen und die von ihnen gemachten Zahnoperationen in Schemata eingetragen hatten. Zähne, welche der Hitze ausgesetzt waren, können kalzinirt werden; sie erscheinen dann weiss und sind bröckelig; selbstverständlich können auch vorher missfarbige Zähne durch Feuer weiss werden, und umgekehrt weisse Zähne durch Russ eine schwarze Farbe annehmen. Auch Defekt von Zähnen ist ein für die Rekognition sehr wesentlicher Befund. Die Haut bietet für die Feststellung der Identität Narben, Pigmentirungen, Geschwüre und Tätowirungen. Letztere sind deshalb wichtig, weil sie häufig direkte Anhaltspunkte für die Rekognition, wie Namen oder Initialen, Gewerkzeichen, Darstellungen markanter Begebenheiten aus dem Leben des Betreffenden u. a. m. enthalten. Tätowirungen können nur sehr schwer entfernt werden; entweder gelingt es, sie durch Säuren und andere Aetzmittel zum Verschwinden zu bringen — in welchem Falle eine Narbe zurückbleibt, — oder durch erneute Stichelung der Haut und nachheriges Auswaschen. Häufig wird man aber auch dann noch den zur Tätowirung benutzten Farbstoff in den benachbarten aufwärts gelegenen Lymphdrüsen nachweisen können. Auch die Beschaffenheit der Hände ist für die Rekognition wichtig; sie giebt Anhaltspunkte dafür, ob der Betreffende ein Handarbeiter war, oder nicht; zuweilen wird man an gewissen Schwielen oder Verfärbungen vermuthen können, welches Gewerbe der Verstorbene betrieben hat. Ueber die Veränderungen der Nägel bei Wasserleichen cf. später unter Ertrinkungstod.

Im Uebrigen kommen für die Rekognition noch **Anthropometrie** und **Photographie** in Betracht. Beide sind genau nach dem von der Kriminalpolizei eingeführten Schema auszuführen, damit die Resultate auch für jene verwendbar werden. Denn die Möglichkeit, dass sich eine anthropometrisch untersuchte unbekannte Leiche als diejenige eines von der Polizei gesuchten Verbrechers mit bekanntem anthropometrischen Signalement herausstellen wird, muss ohne weiteres als vorhanden betrachtet werden. Dass derartige Messungen sowohl, wie photographische Aufnahmen nur von Aerzten zu machen sind, die eventuell gefaulte Leichen durch besondere Präparation, z. B. Auswässern, Einlegen in alkoholische Chlorzink- oder Sublimatlösung, Injektion von Sublimatlösungen, Karbolsäure-Glyzerin oder Wickersheimerscher Flüssigkeit wieder präsentabel zu machen hätten, ist eine selbstverständliche Forderung der gerichtlichen Medizin.

Das anthropometrische, sog. Bertillon'sche System, welches man im Berliner Polizeipräsidium befolgt, schreibt die Beachtung folgender Grundsätze vor:

Am Beginn jeder anthropometrischen Messung wird die Körperlänge und die Spannweite der Arme festgestellt. Hierauf wird der Schädel der Länge nach vom Stirn- bis zu dem Hinterhauptsbein gemessen, und der erlangte Werth der Schädellänge als Grundlage der Eintheilung genommen. Man theilt die Schädel in 3 Gruppen ein, solche von kleiner, mittlerer und grosser Länge. In jeder der 3 Gruppen giebt es wieder Untergruppen, die bestimmt werden nach den verschiedenen Kopfbreiten (grösste Entfernung beider Seitenwandbeine), die ebenfalls in Unterabtheilungen nach der grössten Entfernung der beiden Jochbeine von einander eingetheilt sind. Diese zerfallen wieder je nach den verschiedenen Längen des rechten Ohres, des linken Mittelfingers, des linken kleinen Fingers, der linken Fusslänge und der linken Unterarmlänge in verschiedene Unterabtheilungen. Die letzte Unterabtheilung bildet die Sonderung in 6 verschiedene Augenklassen nach der Färbung der Iris: 1. Augen ohne jeden gelben Farbstoff; 2. Augen mit einem gelblichen, 3. gelbrothen, 4. nussbraunen, 5. kastanienbraunen und 6. schwarzbraunen Farbenton der Iris.

Mit der Anthropometrie wird die Photographie verbunden; es werden stets zwei Aufnahmen gemacht, und zwar eine im Profil und eine zweite von vorn, beide in ganz bestimmten Stellungen.

Es mag noch hervorgehoben werden, dass eine Rekognition sehr erleichtert wird durch Leichenschauhäuser mit einem gehörigen Kühlapparat, wie solche in Berlin, Paris, Budapest und Bukarest bestehen. Häufig wird sich eine Rekognition durch ärztllche Sachverständige erübrigen, wenn unbekannte Leichen in ihnen öffentlich ausgestellt worden sind.

Im Anschluss hieran sei noch erwähnt, dass die Photographie überhaupt seitens der Gerichtsärzte mehr als bisher berücksichtigt zu werden verdient. Eine photographische Aufnahme eines Thatortes, einer Leiche, gewisser Verletzungen erleichtert für den Sachverständigen die Orientierung und erspart ihm viele Mühe. Ein Hinweis auf eine beiliegende Abbildung ersetzt oft lange Beschreibungen und dient

zur schnelleren Verständigung mit Richterkollegium und Geschworenen. Dasselbe gilt auch von mikrophotographischen Aufnahmen, mit denen der sachverständige Gerichtsarzt seine Auseinandersetzungen illustriren kann. Wir empfehlen in dieser Hinsicht sehr den mikrophotographischen Apparat von Leitz in Wetzlar, mit dem auch Objekte in natürlicher Grösse sowie in mehrfacher Vergrösserung aufgenommen werden können.

B. Die Lehre von den gewaltsamen Todesarten.

1. Tod durch Schnittverletzungen.

Eine Schnittwunde erhält man dadurch, dass die Schärfe des Instrumentes über eine gewisse Hautstelle hingezogen wird und durch den Zug allmählich in die Tiefe gelangt. Die Kennzeichen einer solchen Wunde sind daher glatte Wundränder und mehr oder weniger erhebliche Tiefe, welche im Allgemeinen dort, wo das Instrument einzuwirken aufgehört hat, erheblicher ist als da, wo es ansetzte. Die Ränder einer Schnittwunde zeigen durch die Zertrennung namentlich kleinerer Gefässe Suffusionen, die wichtig für die Diagnose der Verletzung als einer vitalen sind. Weiter ist bei einer Schnittverletzung auf die Retraktion der Haut, die bei vitaler Entstehung stärker als bei postmortaler ist, sowie auf die Retraktion der Muskulatur zu achten.

Ausgeführt werden die Schnittverletzungen meist durch Messer, aber auch Scheeren können verwendet werden. Ein Messer, das eine besonders tiefe Schnittverletzung hervorruft, braucht nicht immer gerade das schärfste zu sein, weil ein geschickt ausgeführter Zug des Instrumentes die mangelnde Schärfe zu ersetzen vermag.

Der Effekt einer Schnittverletzung wird natürlich ein wechselnder sein, je nach der Stelle der Einwirkung. Sind grössere Gefässe getroffen, z. B. Halsgefässe, dann wird durch die Schnittverletzung zunächst eine stärkere Blutung erfolgen. Befand sich das Individuum in aufrechter Stellung, als die Verletzung zu Stande kam, so wird sich das Blut an der Vorderfläche des Körpers finden, während bei horizontaler Lage das Blut mehr an den seitlichen Flächen des Halses und an den hinteren und seitlichen Abschnitten des Körpers sich vorfinden wird. Dies gestattet gerichtsärztlich wichtige Schlüsse: Hat der Getödtete z. B. eine Halsschnittwunde, die alsbaldiges Umsinken zur Folge haben musste, und hat er vielleicht noch ausserdem andere tödtliche Verletzungen, dann wird man aus dem Vorhandensein von Blut an der Vorderfläche des Körpers mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose stellen können, dass er sich in vertikaler Stellung befand, und dass er gewaltsam festgehalten war, während die Verletzungen zugefügt wurden, mit anderen Worten,

dass es sich nicht um einen Selbstmord, sondern um einen Mord handelt.

Der Tod durch Schnittwunden erfolgt meist unter den Erscheinungen des Verblutungstodes, also der fortschreitenden Anämie: Zunehmende Blässe, Dyspnoe, Schwarzwerden vor den Augen, Gähnen, Ohnmacht; schliesslich treten Verblutungskrämpfe ein, die Athmung sistirt und terminale Athembewegungen beenden die Szene.

Bei der **Sektion** derartig Verstorbener ist Folgendes zu beachten: Handelt es sich um Halsschnittwunden so ist zunächst deren Richtung zu ermitteln. Der Selbstmörder, der sich mit der rechten Hand die Verletzung zufügt, wird meist von links oben nach rechts unten schneiden; man findet dann, dass die Vertiefung des Schnittes links allmählich beginnt, um rechts schroffer aufzuhören. Auch mehrmalige Einschnitte in derselben Wunde werden gar nicht selten gefunden; denn der Effekt der zuerst gemachten Verletzung genügt dem Selbstmörder oft nicht, er schneidet mehrere Male zu, so dass in einer solchen Halsschnittwunde speziell an ihrem Beginn oder an ihren Rändern oder auch in der Tiefe der Wunde mehrere Schnitte nachgewiesen werden können.

Verläuft die Schnittrichtung aber nicht von links oben nach rechts unten, sondern mehr horizontal, so wird sie im Allgemeinen die Annahme eines Selbstmordes nicht zu unterstützen vermögen; verläuft sie aber von links unten nach rechts oben, und handelt es sich um einen Rechtshänder, so wird die Diagnose eines Selbstmordes nicht nur nicht unterstützt, sondern ist bis zu einem gewissen Grade wenig wahrscheinlich.

War der Selbstmörder ein Linkshänder, so wird die Schnittrichtung eine entsprechende von rechts oben nach links unten verlaufende sein.

Bei mehrfachen Schnittwunden ist folgendes zu berücksichtigen: Sind diese an nicht als gefährlich bekannten Stellen des Körpers vorhanden, z. B. am Kinn neben einer Halsschnittwunde, so lässt dies auf ein planloses Drauflosschneiden schliessen, ein Treffen der ersten besten Stelle mit dem Mordinstrument, wie es eben beim Morde und nicht beim Selbstmorde vorkommt. Finden sich dagegen Stellen des Körpers, welche dem Publikum als lebenswichtige Punkte bekannt sind, verletzt vor, war die bedeckende Kleidung sorgsam zurückgeschoben und nicht mitverletzt, dann spricht dies für einen Selbstmord. Als solche Stellen des Körpers kommen besonders die Gelenkbeugen in Betracht, wo die Radialis, Cubitalis, Poplitea und Tibialis verlaufen; aber auch die Schläfenarterien können einmal Gegenstand des selbstmörderischen Angriffes sein. Aus der planvollen Anlage des Schnittes wird man dann unschwer die Diagnose des Selbstmordes stellen können. Wichtig ist weiter die Tiefe der Verletzung namentlich bei Halsschnittwunden; Verletzungen, welche bis in die Wirbelsäule hinein gehen, die den Wirbel verletzen oder gar den Canalis intervertebralis eröffnen, sprechen im Allgemeinen für Mord, denn eine derartige wilde Energie in

der Ausführung des Selbstmordes kommt zwar vor, aber sie ist äusserst selten und fast nur bei Geisteskranken beobachtet.

Wichtig ist eine Reihe anderer Schnittverletzungen, die an den Händen, besonders an den Fingern ihren Sitz haben. Man unterscheidet hier drei Arten von Verletzungen: 1. Abwehrverletzungen, die dadurch entstehen, dass der Ermordete in das Messer des Mörders hineinfasst und sich durch die Schneide desselben verletzt; sie finden sich daher in der Hohlhand und an der volaren Seite der Finger, jedoch wird sich eine Abwehrverletzung gelegentlich auch wohl an anderen Stellen der Finger, die mehr dorsal gelegen sind, nachweisen lassen. Eine 2. Art von Handverletzungen findet sich unterhalb der Fingernägel; sie kommt dadurch zu Stande, dass der Selbstmörder vor dem Schnitt die Haut des Halses spannt und sich hierbei in die Finger schneidet. 3. kann auch noch eine Fingerverletzung entstehen, — wir selbst hatten Gelegenheit, einen hierher gehörigen Fall zu beobachten, — wenn ein Selbstmörder mit einem langen Messer sich den Hals durchschneidet, während er mit der einen Hand den Griff, mit der andern die Spitze des Messers umfasst.

Im Uebrigen ergiebt die Sektion bei den in Folge von Schnittwunden Verstorbenen verschiedene Befunde, je nachdem es sich um einen reinen Verblutungstod oder einen durch Blutaspiration oder Luftembolie komplizirten Tod handelt. Bei einem reinen Verblutungstod haben wir als wichtigstes Symptom die Anämie aller Organe. Das Gehirn ist blass, die pialen Gefässe sind in ihren hinteren Abschnitten so gut wie leer, in den Herzhöhlen ist kein oder nur sehr wenig Blut vorhanden; unter dem Endokard finden sich die sog. subendokardialen Ekchymosen, die fast nie beim Verblutungstode vermisst werden. Die Lungen sind grau, auf dem Durchschnitt trocken, die Nieren hellgrauröthlich bis hellgrau, die Milz ist auf dem Durchschnitt blassröthlich. Die Leber zeigt in ihren durchschnittenen Gefässen einen nur minimalen Blutgehalt; ihre Farbe ist blassbräunlich oder blassgelblich, je nachdem es sich um ein stark pigmentirtes oder fetthaltiges Organ handelt. [1])

Sind Komplikationen vorhanden gewesen, und trat der Tod durch Luftembolie ein, wie dies bei Verletzungen von Blutgefässen möglich ist, welche in Geschwülste eingebettet sind, dann findet man Luft im rechten Vorhof des Herzens, der bereits bei der Besichtigung stark ausgedehnt erscheint und tympanitischen Schall aufweist. Die Anwesenheit der Luft lässt sich dann durch kunstgerechtes Abbinden des Herzens und Einschneiden unter Wasser feststellen.

Ist der Halsschnitt kombinirt mit Verletzungen des Kehl-

---

[1]) Nach Seydel ist beim Verblutungstode nicht eine völlige Blutleere sämmtlicher Organe durch Ausströmen der ganzen im Körper befindlichen Blutmasse erforderlich, sondern es genügt, je nach Körpergewicht oder sonstiger Beschaffenheit das schnelle Ausströmen von 1500—1800 gr. Blut, um den Tod herbeizuführen. (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1900, No. 3.) Die Gesammtblutmenge beträgt bei Erwachsenen nach Bischoff 7,7 % des Körpergewichts, bei Kindern nach Welker 5,2 %.

kopfes und der Trachea, so wird Blutaspiration die Folge sein können. Das Blut ist dann nämlich die Trachea entlang in die Bronchen und schliesslich in die Endbronchen hinein geflossen; man findet demgemäss auf dem Durchschnitt des im Allgemeinen blutleeren, grauen und trockenen Lungengewebes rothgesprenkelte Stellen, welche dem mit Blut angefüllten Gewebe um die Endbronchen herum entsprechen, während die peripherischen Abschnitte der Lobuli erst später ihren Luftgehalt einbüssen. Im Uebrigen kann man bereits bei der Betrachtung der Lunge aus dem Befunde rothvioletter Flecke, die von unten her durch den Lungenüberzug hindurchschimmern, die Diagnose auf Blutaspiration stellen. Eine solche Aspiration von Blut kann dann den eigentlichen Verblutungstod unterbrechen und durch Beschränkung der respirirenden Lungenoberfläche den Tod an Erstickung zur Folge haben. Dass der Befund von Blutaspiration unbedingt dafür spricht, dass die Verletzung eine vitale war, wurde oben bereits ausgeführt.

2. Tod durch Hieb-Verletzungen.

Hiebverletzungen sind mit scharfen Instrumenten ausgeführte Verletzungen, bei denen sich zu der durch die Schärfe des Instruments bewirkten Zusammenhangstrennung noch eine Tiefenwirkung hinzugesellt, welche gewissermassen als eine Art stumpfer Gewalt zu betrachten ist. Sie unterscheiden sich also erheblich von der Schnittverletzung, weil hier nur die Klinge selbst mit mehr oder weniger grosser Kraft einwirkt, während bei der Hiebverletzung die Wirkung der Schneide vermehrt durch die Schwere der Klinge und die angewandte Kraft in Betracht kommen.

Es ist gewiss möglich, dass auch einmal eine mit einem leichten Werkzeug ausgeführte Hiebverletzung im Wesentlichen die Kriterien einer Schnittverletzung erfüllen kann; man denke nur an die Weichtheilsverletzungen, welche durch leichte Säbel und Schläger auf der Mensur gesetzt werden. Es sind dies nichts weniger wie Schnittverletzungen, aber die Waffe ist an sich so leicht und die verwendete, in die Tiefe wirkende Kraft in Folge dessen eine so geringe, dass schwere Verletzungen hier seltener vorkommen. Sind dagegen die Instrumente, welche zum Hieb benutzt wurden, schwer, und ist vor allen Dingen kein Zug mit der Schneide ausgeübt, sondern fand eine Einwirkung direkt in die Tiefe statt, dann liegt eine typische Hiebverletzung vor. Ihr Effekt wird ein verschiedener sein; nicht nur einfache Hautverletzungen, Verletzungen von Muskulatur und Gefässen, sondern auch solche der darunter liegenden Knochen können die Folge sein. Wichtig ist besonders die Möglichkeit, dass durch die Hiebverletzung eine der grossen Höhlen des Körpers eröffnet wird. Einer Eröffnung der Schädelhöhle werden Blutergüsse und Lähmung der von den getroffenen Gehirnpartien versorgten Körpertheile folgen; ein doppelseitiger Pneumothorax ist als eine unmittelbare Todesursache einer die

Brust treffenden Hiebverletzung anzusehen, ebenso wie in der Regel eine Herzverletzung durch Hieb den Tod unmittelbar herbeiführt.

Bei der Autopsie wird man darauf zu achten haben, ob es sich um eine gerade in die Tiefe gehende oder lappenförmige Hiebwunde handelt, um hieraus bezüglich der Stellung, in welcher sich der Thäter befand, als er schlug, gerichtsärztlich wichtige Folgerungen ziehen zu können. Auch bei den auf dem Schädel und zwar dem knöchernen Schädel durch Hieb verursachten Verwundungen hat man zwischen gerade und tangential einwirkenden Gewalten zu unterscheiden. Bei den gerade einwirkenden findet man im Knochen entweder einfache, dem Instrument entsprechende Fissuren, oder, wenn die Gewalt eine stärkere war, Frakturen und zwar der Tabula externa sowohl, als auch der Tabula interna; am stärksten wird dann aber in der Regel bei einigermassen dickem Schädel die Tabula interna getroffen werden. Es ist dies eine Erscheinung, die wir auch noch bei den Schussverletzungen kennen lernen werden. Anders liegen die Dinge bei tangential einwirkenden Hiebwerkzeugen. Hier findet man, wenn die Gewalt namentlich auf vorspringende Theile wie die Seitenwandbeinhöcker eingewirkt hat, ganze Partien der Tabula externa und der Diploë abgeschlagen. Hat der in tangentialer Richtung wirkende Hieb aber keinen vorspringenden Punkt der Schädelwölbung getroffen, so ist die Folge zunächst eine Fraktur, und im Anschluss hieran Knochensprünge, die sich als Ausläufer der Hiebverletzung im engeren Sinne darstellen, und kreisförmig einen mehr oder weniger grossen Theil des Schädeldaches umziehend in einander übergehen. Diese Tendenz, dass durch einen Hieb derartige Kalotten der knöchernen Schädelwölbung abgelöst werden, ist eine ausserordentlich stark ausgesprochene. Es ist dies übrigens ein Vorgang, den man, wenn mehrere Hiebe auf einen Schädel eingewirkt haben, sehr wohl dazu benutzen kann, um zu bestimmen, welche Hiebverletzung zuerst gefallen ist; denn allein bei der ersten Hiebverletzung werden sich die zirkulären Ausläufer der eigentlichen Hiebimpression deutlich ausgesprochen finden; andere in die Nähe geführte Hiebe haben dagegen nur den Effekt, dass die zuletzt geschlagene Hiebwunde mit ihren Ausläufern da aufhört, wo bereits vorhandene Hiebwunden-Ausläufer bestanden.

Durch Hiebverletzungen können selbstverständlich auch ganze Körpertheile abgeschlagen werden; die bekannteste derartige Verletzung ist die Enthauptung. Die oft aufgeworfene Frage, ob und wie lange ein Enthaupteter noch Gefühl und Verständniss für seine Lage nach der Dekapitation habe, ist dieselbe, wie die der Bewusstlosigkeit beim Erhängungstode. Auch bei der Enthauptung wird plötzlich das Gehirn ausser Ernährung gesetzt; die Folge davon ist eine momentane Bewusstlosigkeit, mit der auch die Serie der Erstickungserscheinungen einsetzt; insbesondere sind die terminalen Athembewegungen deutlich vorhanden. Die Bewusstlosigkeit ist hier, wie gesagt, eine mo-

mentane, der Vorzug der Euthanasie gebührt also von diesem Gesichtspunkte aus ebenso wohl dem Enthauptungs-, als dem Erhängungstode.

3. Tod durch Stichverletzungen.

Die durch spitze Werkzeuge hervorgebrachten Stichverletzungen unterscheiden sich von Schnitt- und Hiebverletzungen dadurch, dass sie eine grössere Tiefe als Länge aufweisen; gelegentlich kann auch wohl durch Abrutschen eines Stichwerkzeuges eine Schnittwunde entstehen.

Die klinischen Erscheinungen der Stichverletzung haben viele Berührungspunkte mit denjenigen der vorher besprochenen beiden Verletzungsarten, jedoch sind hier noch besonders folgende Punkte hervorzuheben: Die Hirnstichverletzungen können momentan schwere Störungen im Gefolge haben, zuweilen aber treten ihre deletären Wirkungen erst nach längerer Zeit in Gestalt von Hämorrhagien, Hirnabszessen, Meningitiden ein. Von den Stichwunden der Brust sind besonders diejenigen des Herzens bemerkenswerth; der Tod kann hierbei sowohl unmittelbar nach der Verletzung, als auch erst nach Stunden, ja nach Tagen eintreten; in der Regel wird dann als Todesursache eine Tamponade des Herzbeutels durch fest geronnenes Blut gefunden werden. Stichverletzungen am Bauch können unter Umständen dadurch einen günstigen Verlauf nehmen, dass die Därme dem verletzenden Instrumente ausgewichen sind.

Bei der Sektion finden sich, wenn mit gewöhnlichen Taschenmessern gestochen wurde, an beiden Seiten zugespitzte, in der Mitte etwas klaffende Wunden. Dies erklärt sich dadurch, dass das Messer nur mit seiner Schneide und nicht mit seinem stumpfen Rücken schneidet. Mitunter scheint es, als ob da, wo der Rücken gesessen hat, ein stumpfer Eindruck der Haut vorhanden sei; wenn man aber die Haut auseinanderzieht, dann wird man stets eine schlitzförmige Stichöffnung erkennen, deren Klaffen allein durch die Retraktion der Weichtheile bedingt wird. Anders verhält es sich, wenn mit zweischneidigen Messern gestochen wurde; hier wird in der That von zwei Seiten geschnitten, das Messer bohrt sich mühelos seinen Weg in die Tiefe, und die Haut kann vollkommen die Form des Instrumentes wiedergeben. Ist die Verletzung durch ein Instrument mit drei scharfen Kanten, die z. B. an Messern mit geschärftem Rücken vorhanden sind, erzeugt, so wird man als Effekt des Stiches eine dreispitzige Wunde, bei der zwei der Zacken dicht bei einander liegen, vorfinden. Scharfe Werkzeuge mit vier und mehr Kanten werden vier- und mehrzackige Einstichöffnungen ergeben; Bedingung ist dabei nur, dass die verschiedenen Kanten unter einem möglichst spitzen Winkel aneinanderstossen, wie dies besonders bei den hohl geschliffenen Instrumenten der Fall ist; andernfalls repräsentiren 5- und 6-kantige scharfe Instrumente nur solche mit ganz fragwürdiger Schärfe, weil mit der Zunahme der Kantenzahl die Möglichkeit, wirklich scharfe

Kanten zu haben, geringer wird. Stumpfe Instrumente geben ganz andere Verletzungen beim Stich als scharfe.

Es ist das bekannte, von Langer gefundene Gesetz der Spaltbarkeitsrichtung der Haut, welches die Gestalt der durch stumpfe Instrumente hervorgerufenen Stichverletzungen der Haut näher bestimmt. Der genannte Forscher hat nämlich gefunden, dass Stiche mit stumpfen Werkzeugen die Haut nicht rund, sondern schlitzförmig durchbohren, und dass diese Schlitze stets in bestimmten Regionen des Körpers in bestimmten Richtungen verlaufen, die einander symmetrisch entsprechen. Es ist dies eine ausserordentlich wichtige Thatsache, die bei der Deutung gewisser Stichverletzungen sehr zu berücksichtigen ist. Liegt nämlich bei einer Stichverletzung wegen ihrer nicht ganz scharfen Ränder die Vermuthung vor, dass sie durch ein stumpfes, stechendes Werkzeug entstanden ist, so wird eine neben die Verletzung mit einem kleinen runden Stachel gesetzte neue Verletzung den Beweis liefern, ob die zu untersuchende Wunde der Spaltbarkeitsrichtung der Haut gemäss verläuft. Jedenfalls darf man nie ohne Weiteres bei einem Schlitz der Haut die Diagnose auf Stichverletzung durch Messer stellen, da jeder runde Eisenpfahl eine ähnliche Verletzung hervorrufen kann.

Entspricht nun die Länge eines solchen Schlitzes immer dem Durchmesser des stumpfen Werkzeuges? In Folge der Elastizität der Haut ist dies meist nicht der Fall, sondern die Länge der Hautwunde pflegt geringer als der Durchmesser des betreffenden Instrumentes zu sein. Auch bei Stichwunden durch Messer zeigt sich ein derartiges Verhalten; ein grosses Instrument kann eine relativ kleine Stichverletzung hervorrufen, weil die Elastizität der Haut eine grössere ist, als die Schärfe des Messers. In anderen Fällen kann jedoch die Hautwunde grösser sein, als der Querschnitt des Instrumentes, wenn nämlich beim Ausziehen des Stichwerkzeuges die Klinge nach der Richtung der Schärfe hin ausgezogen wird, oder wenn eine Hautfalte durchstochen wird. Für die gerichtsärztliche Beurtheilung der Stichwunden ist dies wohl zu beachten, wenn man nicht in Bezug auf das benutzte Instrument zu irrigen Schlüssen gelangen will.

Bezüglich der Spaltbarkeitsrichtung der Haut sei übrigens an die bekannte Erscheinung der Striae gravidarum erinnert, jene bekannten Streifen in der Bauchhaut der Schwangeren, die durch Ueberdehnung der Haut zu Stande kommen, und die im Allgemeinen senkrecht zur Spaltbarkeitsrichtung verlaufen.

Betreffs der Lage der Stichverletzungen ist zu nächst festzustellen, ob sie sich am unbedeckten Körper, und zwar an einer Stelle, die sonst nicht bedeckt zu sein pflegt oder in der Regel bedeckt ist, befinden, oder ob sie durch darüber befindliche Kleidungsstücke hindurch gesetzt sind, oder ob das Instrument nur einzelne der darüber liegenden Kleidungsstücke durchdrungen hat, andere dagegen nicht. Letzterer Fall würde z. B. möglich sein, wenn Jemand in der Tasche ein Messer auf-

macht, um es sofort zu gebrauchen, dabei hinstürzt und sich in den Oberschenkel sticht; die Hose selbst würde hierbei unverletzt sein, nicht aber Hosentasche, Unterhose und Hemd. Sind sämmtliche, über der Stichverletzung befindliche Kleidungsstücke durchstochen, so spricht dies für eine gewaltsame, von einem Dritten zugefügte Verletzung; denn der Selbstmörder wird sich stets eine Stelle aussuchen, die möglichst lebenswichtigen Organen entspricht, so besonders die Herzgegend, und sich sein Vorhaben dadurch erleichtern, dass er, um genau an die betreffende Stelle zu gelangen, diese entblösst. Umgekehrt deuten Stichverletzungen an einer für gewöhnlich nicht bedekten Körperpartie im Allgemeinen ebenso wie Verletzungen einer gewöhnlich bedeckten Körperpartie mit vollkommener Durchbohrung der Kleidung auf die Betheiligung eines Dritten hin.

Finden sich mehrere Stichwunden, so ist deren Gruppirung von gerichtsärztlicher Bedeutung. Mehrere derartige Verletzungen am Hals oder in der Herzgegend, sprechen z. B. mehr für Selbstmord; es ist aber auch möglich, dass der Mörder sein Opfer wehrlos gemacht und hierauf ein lebenswichtiges Organ seines Opfers à tout prix zu verletzen getrachtet hat.

Genauer wie die Haut giebt der Knochen die Form des Werkzeuges wieder, wenn nicht etwa das Heft des Messers mit der Schneide zugleich eingestochen worden, und so eine einfache Lochfraktur erzielt ist. Insbesondere geben gerade die Schädelknochen sehr genau die Form auch nur einseitig geschärfter Taschenmesser wieder, so dass man durch genaues Einpassen eines inkriminirten Instrumentes in die Knochenwunde den Nachweis führen kann, ob durch dieses die Verletzung zugefügt ist oder nicht. Dabei darf jedoch nicht ausser Acht gelassen werden, dass durch Ausziehen des Messers nach der Richtung der Schärfe hin auch beim Knochen eine Vergrösserung der Wunde erzielt werden kann. Es lässt sich dann aber viel genauer als bei der Haut erkennen, ob die Richtung des Instrumentes an irgend einer Stelle auch nur um ein Geringes gewechselt hat.

Bei der Beurtheilung des Stichkanals ist endlich auch zu berücksichtigen, dass die Organe im Leben eine etwas andere Lage haben, als an der Leiche auf dem Sektionstisch. Man wird daher mit der Diagnose der Richtung des Stichkanals warten müssen, bis man sich die vitalen Verhältnisse rekonstruirt hat. Bei Selbstmördern wird diese Richtung eine mehr horizontal verlaufende sein, während der Stichkanal, den ein Mörder zugefügt hat, mehr von oben nach unten verläuft. Hat dagegen jemand in der Gegenwehr einen Stich erhalten und ist hierbei gleichsam in das Messer hineingelaufen, so wird man meist einen von unten nach oben verlaufenden Stichkanal vorfinden.

Die Sektion der sonstigen Organe wird Befunde liefern, wie wir sie bereits oben bei der Besprechung der Schnitt- und Hiebverletzungen geschildert haben.

4. Tod durch stumpfe Gewalt.

a) Allgemeines.

Die durch stumpfe Gewalten zugefügten Verletzungen werden unterschieden in Hautabschürfungen, Quetschungen und Zermalmungen, Wunden, Erschütterungen, Rupturen innerer Organe und endlich Frakturen und Luxationen der Knochen.

Hautabschürfungen entstehen durch Einwirkung geringer stumpfer Gewalten, die nur die oberste Schicht der Haut, die Epidermis von der Cutis entfernen oder gar nur in der Weise angreifen, dass einzelne Lücken in der Kontinuität der Epidermis hervorgerufen werden. An der Leiche präsentiren sie sich ebenso wie in vivo als Vertrocknungen; gewöhnlich werden sie im letzteren Falle als Schorfe bezeichnet. Von Bedeutung ist ihre Grösse, Gestalt und Richtung. Eine vital entstandene Exkoriation wird man an der Leiche von einer postmortalen nur zu unterscheiden vermögen, wenn neben der Exkoriation noch eine Kontusion vorhanden ist; man muss daher den Grund des Substanzverlustes einschneiden und auf das Vorhandensein einer Blutung untersuchen. Forensisch wichtig sind diejenigen Exkoriationen, die sich an der Brust von Leichen als breite, ausgedehnte Vertrocknungen vorfinden und häufig ein Netz von Gefässen in ihrem Grunde erkennen lassen. In der Regel handelt es sich hierbei um Hautabschürfungen, die in Folge von Wiederbelebungsversuchen bei einem Scheintodten durch Reiben mit rauhen Gegenständen u. s. w. entstanden sind. Die in der Vertrocknung verlaufenden Gefässe dienen zum Beweis, dass die Hautabschürfung zu einer Zeit hervorgerufen ist, als noch Blut in diesen Gefässen war, d. h. als die Hypostase noch nicht bestand.

Quetschungen oder Kontusionen kommen dadurch zu Stande, dass das subkutane Gewebe Zerrungen erleidet, in deren Gefolge Gefässzerreissungen und weiter Blutungen auftreten. Sie kommen entweder isolirt vor, oder in Verbindung mit den anderen Effekten einer stumpfen Gewalt. Wir verweisen bezüglich der gerichtsärztlich besonders wichtigen Kontusionen (Suffusionen) auf die Darlegungen über Tod durch stumpfe Gewalt mit umschriebener Angriffsfläche, wo auch die am meisten interessirenden Hautabschürfungen abgehandelt sind und bemerken hier nur folgendes:

Das typische Beispiel einer Kontusion ist das durch Schlag entstandene „blaue" Auge. Es ist möglich, an einem Bluterguss dieser Art ungefähr das Alter der Verletzung zu ermitteln; man nimmt im Allgemeinen an, dass die Farbe eines nicht allzu ausgedehnten Extravasates in den ersten Tagen allmählich dunkelblau wird, am 6. Tage einen grünlichen Farbenton annimmt, am 8. Tage etwas gelblich wird, um schliesslich nach 14 Tagen vollkommen zu verschwinden. Dicke und Ausdehnung der Blutergüsse lassen diese Zahlen natürlich in sehr weiten Grenzen variiren.

Eine Abart der Quetschung ist das durch tangentiale Gewalt hervorgerufene sogenannte Décollement, eine Ab-

hebung der Haut im Bezirk des Unterhautbindegewebes unter Entstehen eines aus heller klarer Flüssigkeit oder auch aus Blut bestehenden Extravasates.

Werden durch ganz intensiv einwirkende Gewalten Körpertheile vollkommen zermalmt, dann können Blutergüsse im Bezirk der zermalmten Partieen entweder vollkommen fehlen oder nur am Rande vorhanden sein. Dieses Verhalten hat seinen Grund darin, dass derartige zermalmte Gewebe durch die Gewalt vollkommen abgestorben sind; es kann aber auch das Fehlen von Blutungen in der Erlahmung der Herzthätigkeit seine Ursache haben.

Bei den durch stumpfe Gewalt entstandenen **Wunden** unterscheidet man **Risswunden** und **Quetschwunden;** erstere sind enstanden durch Zug, letztere durch Quetschung der betreffenden Hautpartie zwischen zwei festen Körpern, z. B. dem unter der Haut liegenden Knochen und der einwirkenden stumpfen Gewalt. Kombinationen von Risswunden und Quetschwunden bezeichnen wir als **Riss-Quetschwunden.** Auch bei Durchstechung der Haut durch Knochenfragmente von innen her können derartige Wunden zu Stande kommen. Die Blutung ist bei ihnen in der Regel erheblich, kann aber auch gering sein, weil bei der Zerreissung namentlich der arteriellen Gefässe eine eigenthümliche spontane Blutstillung dadurch ermöglicht wird, dass die Intima sich aufrollt und das Lumen des Gefässes zum Theil verstopft.

Von den **Erschütterungen** sind forensisch besonders wichtig die Erschütterungen des Gehirns und des Rückenmarkes, die als einfache Kommotionen oder als Kontusionen oder als Kombination von beiden vorkommen können. Die Commotio cerebri kennzeichnet sich klinisch durch Bewusstlosigkeit, Erbrechen und kleinen kaum fühlbaren Puls, sowie durch nachherige Amnesie, während der anatomische Befund ein völlig negativer ist. Man wird bei der Diagnose Commotio cerebri ganz besonders ängstlich jede andere zum plötzlichen Tode führende Erkrankung auszuschliessen haben, insbesondere Fett-Metamorphose und Fragmentation des Herzmuskels, bei der eine Gehirnerschütterung vermuthet werden kann, wenn das betreffende Individuum plötzlich niederstürzte und mit dem Kopfe auf den Boden aufschlug. Eine genaue Untersuchung wird die Differentialdiagnose hier allein ermöglichen.

Contusio cerebri geht einher mit Zerreissung der kleinsten Gehirngefässe, besonders an der Oberfläche des Gehirns, so dass stets intermeningeale Blutungen, wenn auch in der Regel kleineren Umfangs, vorhanden zu sein pflegen. Aber auch in der Gegend des vierten Ventrikels können Hirnkontusionen zu Stande kommen, ebenso wie in der weissen Substanz. Besonders prädisponirt sind allerdings die Theile der Hirnrinde und von ihnen wiederum das Schläfen- und Stirnhirn, namentlich die basalen Theile. In der Regel werden sich diese Hirnkontusionen nicht an der Stelle der einwirkenden Gewalt,

sondern gerade gegenüber von ihr befinden, was sich durch Fortleitung der auftreffenden Gewalt an die von der Gewalteinwirkung am meisten distal gelegenen Partien erklärt. Dass derartige Hirnkontusionen auch noch nach einiger Zeit zu sogenannten Spätapoplexien führen können, ist bereits erwähnt; in der Regel aber heilen sie aus und erscheinen dann noch lange Jahre nach der Verletzung als zufälliger Sektionsbefund in Gestalt der sogenannten Plaques jaunes, charakteristischer, braungelblicher Flecke auf der weichen Hirnhaut und in den benachbarten Theilen des Gehirns, die sich mikroskopisch als aus Hämatoidin bestehend erweisen. Klinisch ist die reine Hirnkontusion dadurch charakterisirt, dass die hämorrhagisch gewordenen Hirnpartien zu Ausfallserscheinungen Veranlassung geben.

Eine Kombination einer Hirnkontusion mit einer Kommotion ist häufig.

Aehnlich verhalten sich Commotio und Contusio medullae spinalis; auch hier kann bei zunächst schweren Erscheinungen der Sektionsbefund negativ sein, oder es zeigen sich ebenfalls Ausfallerscheinungen, wenn Blutungen vorhanden sind.

Auch der Thorax kann Kontusionen und Kommotionen unterliegen. Kommotionen können zu Hyperämie der Gefässe der betroffenen Partie führen; die Folge davon ist eine beschränkte Blutzufuhr zum linken Ventrikel und ein Sinken des Blutdruckes. Ferner kann durch Vagusreizung Herzstillstand und Tod hervorgerufen werden; organische Veränderungen können hierbei vollkommen fehlen. Kontusionen gehen dagegen mit mehr oder weniger schweren Verletzungen der Brustorgane einher.

Erschütterungen des Abdomen können in ähnlicher Weise eine Hyperämie der abdominalen Gefässe durch Lähmung der Gefässnerven und dadurch den Eintritt des Todes verursachen; das bekannteste hierher gehörige Paradigma ist der Goltz'sche Klopfversuch. Selbstredend können in anderen Fällen wiederum anatomisch nachweisbare Veränderungen eine Folge der Erschütterung sein (Contusio abdominis im Gegensatz zur eben geschilderten Commotio).

Rupturen innerer Organe. Aeusserst selten sind Rupturen des Gehirns ohne Verletzung der Schädelknochen.

Rupturen des Herzens haben in der Regel an dem am meisten vorn gelegenen Theile, dem rechten Vorhof, ihren Sitz, können aber auch eben so gut andere Theile des Herzens betreffen. Sie sind streng von den spontanen Herzrupturen zu unterscheiden, die in der Regel an der Spitze des linken Ventrikels gelegen, selten länger als 1 cm sind und meist dem Verlaufe der Muskulatur folgen; ausserdem weisen die Muskelschichten des Herzens namentlich in der Umgebung des Risses pathologische Veränderungen auf. Demgegenüber zeigen die traumatischen Rupturen einen mehr gezackten Verlauf und scharfe Ränder; sie folgen dem Verlaufe der Muskelschichten nicht, diese sind vielmehr gar nicht selten quer durchtrennt.

Die Aorta rupturirt spontan nur, wenn sie erkrankt und insbesondere daneben noch erweitert ist; bei ihrer geschützten Lage gehören traumatische Rupturen zu den Seltenheiten, kommen jedoch ebenso wie solche der Pulmonalis gelegentlich bei ganz schweren Gewalten vor.

Lungenrupturen finden sich entweder in der Gegend des Hilus, oder an der Oberfläche der Lungen namentlich dann, wenn Rippen gebrochen sind und das ihnen anliegende Organ aufgespiesst haben.

Zerreissungen des Oesophagus sind verhältnissmässig selten; auch bei Halswirbelsäulenbrüchen und bei Durchtrennungen der Luftröhre sieht man meist noch den muskulösen Strang des Oesophagus die Verbindung der durchtrennten Körperabschnitte aufrecht erhalten. Bekannt ist, dass auch durch spontane Erweichungen eine Oesophagusruptur als ein Produkt der durch die Magensäfte resp. den Mageninhalt veranlassten Oesophagomalacie entstehen kann. Die Konsistenz des erweichten Organs wird in diesem Falle stets einen Schluss auf die Entstehung der Ruptur zulassen.

Milzrupturen kommen vor sowohl als oberflächliche Risse, die vollkommen ausheilen können, wie als schwere Zerstückelungen des ganzen Organs, welche dann zuweilen die Quelle erheblicher Blutungen in die Bauchhöhle bilden; ferner kann die Milz vollständig abgelöst werden und sich als freier Körper in der Bauchhöhle vorfinden. Auch spontan kann die Milz bersten, so bei Infarkten, bei Milzschwellungen in Folge von Malaria und bei akuter Milzschmelzung in Folge von fieberhaften Erkrankungen.

Nierenrupturen sind nicht selten mit starker Hämorrhagie in die Nierenkapsel verbunden; sie erfolgen häufig radiär zum Hilus der Niere. Der Verlauf in die Tiefe richtet sich stets nach der Struktur des Organs, d. h. nach den Markstrahlen; er ist demgemäss im Allgemeinen senkrecht zur Oberfläche.

Rupturen des Mastdarmes sind sehr selten; sie können bei gewaltsamer Einführung fremder Körper oder bei starker Ausdehnung durch Klysmen vorkommen.

Bei Uterusrupturen, die sowohl während der Schwangerschaft, als während oder nach der Geburt entstehen können, ist die Frage, ob eine spontane oder violente vorliegt, oft sehr schwer zu unterscheiden. Eine spontane Uterusruptur hat in der Regel ihren Sitz im Collum uteri, selten im Fundus; sie erfolgt meist nach langer Geburtsarbeit bei stark verdünnter Wandung der Gebärmutter.[1]) Ueber die ausserhalb der Gravidität erfolgenden Uterusrupturen in Folge abtreiberischer Manipulationen wird später die Rede sein.

Rupturen der Tube bei Tubar-Gravidität können bei nicht in Adhäsionen eingehüllten Tuben letal sein und führen dann in der Regel unter den Erscheinungen einer akuten Anämie zum Tode; traumatisch sind sie selten, sie entstehen in der Regel spontan. War die Tube aber in Adhäsionen eingehüllt,

[1]) Siehe auch Anmerkung auf S. 119.

so ist der Entwicklung einer tödtlichen Blutung ein Riegel vorgeschoben; es entsteht eine Hämatocele, die sich später langsam resorbirt.

Rupturen der Vagina können durch fremde Körper oder durch Fall hervorgerufen werden; auch ein Prolaps der Vagina und des Uterus kann durch heftige auf den Bauch einwirkende Gewalten entstehen, besonders, wenn bereits eine gewisse Tieferlagerung der Genitalorgane hierzu disponirt.

Blasenrupturen entstehen spontan bei Erkrankung der Harnblase, kommen aber auch in Folge von Trauma vor und zwar besonders bei gefüllter Blase. Am allerhäufigsten finden sie sich als Komplikation einer Beckenruptur.

Dass der Magen spontan einreissen kann, ist bekannt; Geschwüre geben eine verbreitete Disposition dazu, ebenso wie beim Darm und besonders beim Wurmfortsatz. Dagegen steht die sogenannte Magenerweichung, von der wir zwei Formen, die weisse und die braune, unterscheiden — erstere besonders bei Kindern mit anämischem Magen, letztere bei Erwachsenen eintretend — höchstwahrscheinlich mit der postmortalen Umwandlung des Mageninhaltes durch Magensäuren in Zusammenhang und verdankt vielleicht bakteriellen Einflüssen ihr Enstehen. Traumatisch kann der Magen entweder von innen heraus durch zu starke Ausdehnung reissen z. B. bei unvorsichtigen Magenausspülungen, nach denen mehrfach Rupturen in der Gegend der kleinen Krümmung beobachtet sind, oder die Ruptur erfolgt durch stumpfe Gewalten von aussen her; übrigens sind nicht immer vollständige, sondern nur theilweise Kontinuitätstrennungen der Magenwände bezw. nur Blutungen in die Schleimhaut oder in die Serosa die Folge. Dass durch derartige Rupturen und Blutungen, welche ihren Sitz in der Magenschleimhaut haben, gelegentlich Magengeschwüre hervorgerufen werden, leuchtet ohne Weiteres ein.

Die Leber kann auch spontan rupturiren, z. B. die Fett- und Echinokokkenleber, jedoch sind traumatische Rupturen gerade bei diesem Organ besonders häufig. Wir unterscheiden solche in der Konvexität und solche an der Basis, sowie drittens subkapsuläre Risse. Charakteristisch für die Leberrupturen ist die starke Neigung zu Blutungen aus den Rupturstellen, sowie die grössere Resistenz des interstitiellen Bindegewebes, das häufig zwischen den Rupturstellen allein die Verbindung aufrecht erhält.

Pankreasblutungen führen ebenfalls spontan, namentlich bei Pankreaserkrankungen zum Tode (Pankreas-Apoplexie). Traumatische Pankreasrupturen sind im Allgemeinen selten.

Aehnlich wie der Magen verhalten sich bezüglich der traumatischen Entstehung von Rupturen die einzelnen Abschnitte des Darmes; auch hier können neben Blutungen in die einzelnen Darmschichten partielle oder totale Kontinuitätstrennungen vorkommen, als deren Effekt dann natürlich das Auftreten einer Perforationsperitonitis anzusehen ist. Mesenterialrisse kommen gar nicht selten zu Stande und können zu ganz erheblichen, eventuell letalen Blutungen Veranlassung geben.

Dass durch breite, die Bauchhöhle angreifende Gewalten auch einmal ein Hernie hervorgerufen werden kann, ist bekannt; ebenso bekannt ist aber auch, dass derartige traumatische Hernien zu den grössten Seltenheiten gehören. Gewöhnlich wird es sich um die Erweiterung einer bis dahin unbeachtet gebliebenen Bruchanlage durch das Trauma handeln; eine traumatisch frisch entstandene Hernie wird in ihrer Umgebung Blutungen als Wirkung der von den Geweben erlittenen Zusammenhangstrennung aufweisen müssen.

Frakturen und Luxationen. Von den durch stumpfe Gewalt erzeugten Frakturen sind forensich am wichtigsten die Schädelbrüche. Wir unterscheiden direkte Brüche, die durch Biegung einer Schädelpartie an umschriebener Stelle entstanden sind, und indirekte, die durch Bersten zu Stande gekommen sind, indem eine mehr breit angreifende Gewalt auf den Schädel einwirkte. Eine genaue Abgrenzung der Berstungs- und Biegungsbrüche lässt sich nicht durchführen. Im Allgemeinen wird man festzuhalten haben, dass die Schädelkapsel ein sphärisches, den Gesetzen der statischen Mechanik entsprechendes und eine nicht unbedeutende Elastizität besitzendes Gebilde ist; wird diese Elastizitätsgrenze einmal überschritten, dann bricht der Schädel ein.

Um den Mechanismus der Schädelfraktur zu verstehen, braucht man sich nur einmal die Wirkung eines durch eine Fensterscheibe geworfenen Steines zu vergegenwärtigen. Um das entstandene Loch herum finden sich kleine Fragmente — peripherisch davon grössere; von dem Loch gehen strahlenförmige Sprünge aus, die ihrerseits wieder durch quere Sprünge, welche im Ganzen betrachtet, kreisförmig das Loch umgeben, unterbrochen sind. Dieses eigenthümliche Bild lässt sich durchaus auf den kugeligen Schädel übertragen. Auch hier kann man dort, wo die Gewalt eingewirkt hat, kleinere Fragmente vermuthen, deren Vorhandensein einen Rückschluss auf den Angriffspunkt der Gewalt gestattet; diese Fragmente sind hier ebenfalls so angeordnet, dass sich radiär von der Angriffsstelle der Gewalt ausgehende und weiter kreisförmig dieselbe umschliessende Sprünge unterscheiden lassen. Selbstverständlich handelt es sich hierbei nur um solche Gewalten, die mit nicht allzu elementarer Wucht auf den Schädel eingewirkt haben; ist letzteres der Fall gewesen, dann wird die Gesetzmässigekit der Folgeerscheinungen verwischt sein; damit ist auch die Schlussfolgerung in Bezug auf den Angriffspunkt u. s. w. unmöglich gemacht.

Eine wichtige Komplikation des Schädelbruches ist die Zerreissung einer Arterie der harten Hirnhaut durch die Fraktur. Diese extraduralen Hämatome bieten klinisch wie pathologisch-anatomisch ein ausserordentlich charakteristisches Bild. Klinisch kann der Verletzte zunächst gar keine schweren Erscheinungen, auch nicht einmal die eines Schädelbruches zeigen. Er kommt zum Arzt mit einer unbedeutenden Kontusion an einer Seite des Schädels, wird verbunden und entfernt sich

wieder; erst nach einiger Zeit stellen sich bedrohliche Erscheinungen ein, die in allmählich zunehmender Benommenheit, Pulsverlangsamung und Krämpfen bestehen; diese letzteren sind dadurch charakterisirt, dass sie in der Regel von einem der verletzten Stelle gegenüberliegenden Körperabschnitt, dem Gesicht, den Armen oder Beinen ihren Ausgang nehmen, um alsbald allgemein zu werden. Anatomisch findet man in solchen Fällen eine Abflachung der Hirnhälfte, und zwar derjenigen Seite, welche der einwirkenden Gewalt entspricht. Der Bluterguss, der die Abflachung bewirkt hat, entstammt einer zerrissenen Arteria meningea; er ist in Folge des erheblichen Druckes, unter dem er entstand, ausserordentlich derb und fest; die eine Grosshirnhälfte ist durch ihn abgeplattet, aber auch die ferner liegenden Hirnpartieen sind komprimirt. Die Grenze der Grosshirnhalbkugeln, sonst eine gerade, ist nach dem Bluterguss hin konkav geworden. Sind Verwachsungen zwischen der Hirnhaut und dem Schädeldach vorhanden, so bilden diese einen natürlichen Schutz ihres Trägers gegen derartige extradurale Hämatome bei Schädelfrakturen. Die extraduralen Hämatome sind zu unterscheiden von den intraduralen, die spontan bei Pachymeningitis hämorrhagica der Säufer oder durch Rupturen eines miliaren Aneurysmas der Schädelbasisarterien entstehen. Traumatisch können sie eintreten nach Hirnkontusionen oder durch Ruptur der von der Pia in den Sinus longitudinalis eintretenden Venen in Folge von stumpfer, den Schädel treffender Gewalt; ein derartiger Einriss erfolgt um so eher, je grösser die Strecke ist, welche eine derartige Vene frei zwischen Pia und Sinus longitudinalis zu durchlaufen hat.

Die übrigen Verletzungen der Knochen werden bei der speziellen Besprechung der einzelnen Arten der stumpfen Gewalt erwähnt werden, soweit sie forensisch von Wichtigkeit sind.

b) Tod durch Sturz.

Ein Sturz kann von mehr oder weniger beträchtlicher Höhe herab auf flachen Boden erfolgen; der Körper wird hierbei durch Anschlagen, z. B. auf vorspringende Häuserkanten, oder beim Absturz von der Treppe, noch bevor er zur Erde gelangt, zuweilen erheblich verletzt werden. Jemand kann aber auch auf flachem Boden stürzen, ohne dass seine Beine diesen verlassen haben.

Hier ist eine ausserordentliche Mannigfaltigkeit im Verlaufe möglich. Der Sturz kann auf eine weiche Unterlage erfolgen, einen Haufen Stroh und ähnliches, oder die Gewalt des Sturzes kann in mehrfacher Hinsicht abgeschwächt werden durch die Kleider, z. B. Frauenkleider, die ein allmähliches Fallen oder besser Herabschweben ermöglichen. In derartigen Fällen werden die Verletzungen nicht besonders schwere sein.

Stürzt Jemand mehrere Etagen hoch auf die Strasse herab, dann können drei Möglichkeiten eintreten: er stürzt entweder auf den Kopf, oder auf das untere Körperende, oder er fällt

der Länge nach hin. In allen diesen Fällen werden sich bei dem Herabgestürzten in Folge der Elastizität der Haut nur ausserordentlich wenig Verletzungen derselben vorfinden; Fälle, in denen überhaupt keine Hautverletzung vorhanden ist, bilden keineswegs die Ausnahme, sondern die Mehrzahl. Dieses Verhalten ist in hohem Grade charakteristisch und wichtig für die Differentialdiagnose, so wichtig, dass man geradezu der Annahme eines Sturzes bei vielen Hautwunden, namentlich bei solchen am Schädel ausserordentlich skeptisch gegenüberstehen muss.

Ist der Betreffende auf den Schädel gefallen, so wird das Resultat eine Schädelzertrümmerung sein; wir werden dann nach dem vorher entwickelten Gesetz die Aufschlagstelle zu ermitteln im Stande sein, sobald wir den Schädel durch Zusammenlegen der Fragmente rekonstruirt haben: Die kleineren Fragmente werden sich nämlich an der Stelle finden, an welcher der Schädel vermuthlich zuerst aufgeschlagen ist. Desgleichen bietet die Richtung, in der die Frakturen erfolgt sind, weiteres Material zur Entscheidung der vorliegenden Frage. Betrachtet man an dem ein Sphäroid darstellenden Schädel den Aufschlagspunkt als Pol, so werden von diesem aus meridianwärts gerichtete Sprünge, die sich weit auf die Konvexität, besonders aber auf die Schädelbasis fortpflanzen können, zu konstatiren sein. Oft findet sich nur eine derartige ausstrahlende Fraktur der Schädelbasis, aus der dann die Richtung, in welcher der Schädel aufschlug, ermittelt werden kann. Die erwähnten meridionalen Frakturen werden häufig, wenn wir das Bild des Sphäroids beibehalten, durch rechtwinklig zu ihnen gelegene, äquatorialwärts gerichtete, unter einander verbunden sein. War also z. B. der Schädel in der Gegend des einen Ohres aufgeschlagen, so werden sich besonders quere Sprünge vorfinden, namentlich solche durch die mittleren Schädelgruben; war er mit der Stirn oder mit dem Hinterhaupt aufgeschlagen, dann sind dagegen in der Hauptrichtung von vorn nach hinten gehende Frakturen die Folge.

Hat bei Sturz aus der Höhe der Körper mit seinem unteren Ende zuerst die Erde berührt, so schlägt dabei allerdings auch das obere Körperende mit auf; aber in erster Linie werden Verletzungen der unteren Gliedmassen und des Beckens vorhanden sein. Bei den letzteren handelt es sich in der Regel um Abtrennungen des Kreuzbeins von den beiden Darmbeinen in oder dicht neben der Vereinigungslinie beider Knochen; ausserdem werden, was den vorderen Beckenabschnitt betrifft, entweder die mittleren Theile beider Schambeine frakturirt, oder es tritt eine Trennung in der Symphyse ein; abgesehen davon können auch isolirte Frakturen der Darmbeinschaufeln vorkommen.

Ist der Sturz in der Weise erfolgt, dass oberes und unteres Körperende zu gleicher Zeit die Erde berührten, so werden natürlich Kopf und Becken in gleicher Weise getroffen; die unteren Gliedmassen werden häufig frei von Verletzungen bleiben, dagegen werden die Rippen oft in Mitleidenschaft gezogen. Bei

ihnen haben wir aber, da der Brustkorb nicht ein Sphäroid, ein kugeliges Gebilde, sondern einen Zylinder darstellt, und ausserdem die Elastizitätsverhältnisse im Thorax andere sind, als bei dem starren Schädel, auch einen anderen Mechanismus bei dem Zustandekommen der Fraktur; wir treffen in Folge dessen auch nicht Frakturen an, die von der zuerst getroffenen Stelle ausgehen, sondern es unterliegen gerade diejenigen Stellen der Frakturirung, die am meisten distal von dem Auftreffpunkte gelegen sind und am meisten eingebogen werden.

Ganz im Groben betrachtet bilden die eben besprochenen drei Möglichkeiten die Typen, in denen ein Sturz von der Höhe erfolgen kann; rein sind sie wohl selten vorhanden. Im Allgemeinen ist festzuhalten, dass wegen der spezifischen Schwere des Schädels eine Betheiligung desselben beim Aufschlagen häufig der Fall sein wird (erster und dritter Typus), während der zweite Typus, Fall auf das untere Körperende, in reiner Weise seltener beobachtet wird. Erwähnt sei noch, dass sowohl beim Fall auf das obere, als auch auf das untere Körperende die Wirbelsäule den Schädel von unten her eindrücken kann, sodass Frakturen um das Hinterhauptsloch herum die Folge sind.

Ausserordentlich häufig sind beim Sturz von der Höhe Rupturen der inneren Organe; sie sind so typisch für diesen, dass ihr Vorhandensein neben den beschriebenen Knochenverletzungen bei relativ geringen Hautverletzungen die Diagnose sichern hilft.

War bei dem Sturz ein Aufschlag des Körpers auf vorspringende Gegenstände erfolgt, so finden sich dementsprechend Angriffspunkte dieser Gewalten an umschriebener Stelle; ähnlich ist das Verhalten beim Fall von der Treppe, wenn der Körper mehrere Male auf vorspringende Treppenstufen aufschlägt, um schliesslich auf dem flachen Boden liegen zu bleiben.

Beim Sturz auf flachen Boden ist die Gewalt eine wesentlich geringere, als beim Sturz von irgend einer Höhe. Die Verletzungen sind gleichartig, aber nicht so schwere; Kontusionsherde im Gehirn gelangen hier wie dort häufig zur Beobachtung.

Der Sturz von der Höhe erfolgt bei der Mehrzahl der Fälle durch Verunglückung, aber auch Fälle von Selbstmord durch Sturz werden namentlich bei Geisteskranken nicht selten beobachtet. Gerichtsärztlich zu diagnostiziren, ob eine Verunglückung oder ein Selbstmord vorliegt, geht unter Zuhilfenahme des Sektionsbefundes nicht wohl an; dieser wird unter Umständen nur die Beantwortung der Frage ermöglichen, ob eine Leiche vorher erschlagen und nachher heruntergestürzt ist. Wir werden dann Verletzungen mit vitaler Reaktion antreffen, die den durch den Sturz erzeugten ohne vitale Reaktion gegenüberstehen. Blutbefleckte Kleider würden z. B., falls nach dem Befund durch den Sturz allein eine Blutung nicht stattgefunden hat, zur Vorsicht in der Beurtheilung des Falles

mahnen. Dass auch Mord durch Sturz von der Höhe vorkommen kann, ist bekannt und ein namentlich in Hochgebirgsgegenden beobachtetes Ereigniss.

c) Tod durch Ueberfahren.

Der Mechanismus des Ueberfahrens ist wesentlich verschieden von dem des Sturzes, da beim Ueberfahren stets Kompression zwischen zwei stumpfen Gewalten und ausserdem eine in tangentialer Richtung verlaufende Verschiebung der einen stumpfen Gewalt in Frage kommt. Aehnlich ist der Mechanismus bei dem Andrücken an die Wand durch einen vorüberfahrenden Wagen. Dagegen findet bei der Verschüttung durch einstürzende Gebäude, sowie beim Zerdrücktwerden zwischen Puffern von Eisenbahnwagen nur eine Kompression zwischen zwei stumpfen Gewalten statt.

Die tangential einwirkende Gewalt äussert sich auf der äusseren Haut in zweifacher charakteristischer Weise: Erstens finden wir Radspuren auf der Haut, welche sich als mehr oder weniger breite, band- oder strichförmige Vertrocknungen darstellen, und zweitens wird durch diese tangentiale Gewalt die Haut im Bezirk des Unterhaut-Bindegewebes von der Unterlage getrennt, sodass ein Décollement entsteht; ein derartiges Décollement ist nicht nothwendigerweise mit Hautwunden verbunden, es kann gelegentlich auch in ganz besonders starker Ausdehnung, z. B. im Bereiche eines ganzen Armes eintreten.

Die Verletzungen, welche beim Ueberfahren am Schädel eintreten, lassen folgenden Mechanismus erkennen: Von zwei gegenüberliegenden Stellen wird auf die Kapsel des Schädels eingewirkt, von beiden Stellen gehen also nach dem oben dargelegten Gesetz Frakturen aus und zwar so, dass sie sich treffen und zu mehr oder weniger erheblichen Dislokationen Veranlassung geben. Sind die Knochen des Schädels noch biegsam und zart, aber doch immerhin bereits zu einem Ganzen vereinigt, dann kann auch eine Fraktur an der ursprünglichen Einwirkungsstelle des Wagenrades fehlen und eine einfache Einbiegung die Folge sein. Sind die Gewalten besonders intensiv, dann können, wenn man sich die beiden Einwirkungsstellen auf dem Schädel, die Unterlage und das Wagenrad als Pole denkt, an der Stelle des Aequators durch Biegung entstandene anderweitige Frakturen entstehen. Im Allgemeinen sind Schädelverletzungen beim Ueberfahren nicht besonders häufig.

Häufiger werden durch Ueberfahren die Rippen verletzt und zwar an der Stelle, welche am meisten eingeknickt wird, nicht an der Stelle, wo die Gewalt einwirkt.

Von den inneren Organen sind bei dieser gewaltsamen Todesart die Lungen (besonders durch Anspiessung seitens der Rippen), die Leber, das Gehirn und die Milz am häufigsten verletzt.

Wird ein Körper durch einen vorüberfahrenden Wagen an die Wand gedrückt, dann haben wir ein ganz ähnliches Bild

wie beim Ueberfahren, nur dass nicht eine umschriebene Gewalt, wie das Rad, tangential einwirkt, sondern eine mehr breite Gewalt. Die charakteristischen Radspuren fehlen daher, dagegen sind die Erscheinungen des Décollements vorhanden; ebenso können hierbei Zusammenhangstrennungen innerer Organe zu Stande kommen. Bemerkt sei besonders die Trennung des Darmes vom Mesenterium, ein Ereigniss, an das immer bei dem geschilderten Vorkommniss zu denken ist, und dessen Möglichkeit bekanntlich zu einer vorsichtigen Stellung der Prognose veranlassen muss.

Beim Tode durch Verschütten in einstürzenden Gebäuden wird das Bild ein weniger deutliches sein, weil wir hier nicht zwei umschriebene, einander ergänzende Gewalten haben, sondern eine Mehrzahl von solchen, welche an den verschiedensten Stellen auf den dazwischen liegenden Körper einwirken.

Beim Zerdrücktwerden zwischen zwei Puffern fehlt vollkommen die tangentiale Wirkung der einen stumpfen Gewalt und wir haben nur zwei Gewalten, welche den dazwischen liegenden Körper komprimiren.

d) Tod durch stumpfe Gewalt mit umschriebener Angriffsfläche.

Zu den Verletzungen durch stumpfe Gewalt mit umschriebener Angriffsfläche, welche besonders in der Haut ihren Sitz haben, gehören Fusstritte, Stockhiebe, Bissverletzungen.

Die Fusstritte haben, wenn sie gegen den Kopf gerichtet werden, zuweilen Hautverletzungen im Gefolge, die durch ihre Form die Art der verletzenden Gewalt (z. B. der Hacken des Stiefels) erkennen lassen. Bei Fusstritten gegen die nachgiebige Bauchwand fehlen derartige charakteristische Hautverletzungen; dagegen sind hier gerichtsärztlich von Wichtigkeit besonders die Rupturen der Abdominalorgane, namentlich des Darmes.

Stock- und Rutenhiebe verursachen charakteristische Sugillationen; bei Stockhieben sind dieselben in der Weise angeordnet, dass der Gerichtsarzt häufig bereits ohne einzuschneiden eine Diagnose zu stellen in der Lage ist. Rutenhiebe zeigen gegenüber den bandförmigen Effekten der Stockhiebe reiserartige Verzweigungen der Blutunterlaufungen.

Die Folgen der Stock- und Rutenhiebe sind im Allgemeinen nur leichte Körperverletzungen; nehmen aber die Sugillationen an Menge überhand, ist die Menge des ergossenen Blutes eine relativ erhebliche, wie es namentlich bei kleineren Individuen vorkommen kann, so ist ein tödtlicher Ausgang durch derartige Züchtigungen, und zwar durch Verblutung, nicht ausgeschlossen. Der Tod kann auch durch übermässige sensible Reizung (Shock) herbeigeührt werden.

Bissverletzungen rühren von Thieren oder von Menschen her; sie kennzeichnen sich häufig durch die Grup-

pirung der Zahneindrücke, resp. der diesen entsprechenden Vertrocknungen. Die Verletzungen können unter Umständen schwere sein, z. B. wenn es sich um dauernde Entstellungen durch Abbeissen der Nase oder eines Ohres handelt. Der Verlust einzelner Fingerglieder durch Biss fällt bekanntlich nicht unter den § 224 des St.G.B. Verletzungen, welche den durch die Menschenzähne erzeugten einigermassen ähnlich erscheinen, sind die von Pferdebissen herrührenden; auch hier kann man in der Haut Vertrocknungen mit Sugillationen in charakteristischer Anordnung vorfinden, vorausgesetzt, dass nicht eine vollständige Abreissung des betreffenden Gliedes erfolgt ist. Die Verletzungen durch Hundebisse sind charakterisirt durch die häufig stichwundenähnlichen Eindrücke der Eckzähne, zwischen denen sich die Effekte der übrigen Zähne nur als leichte Vertrocknungen präsentiren. Ausser diesen Bissen, welche gelegentlich auch wohl zur Eröffnung von Körperhöhlen und zur Zerreissung der inneren Organe führen können, finden sich stets parallele strichförmige Vertrocknungen als Effekt der die Haut streifenden Hundekrallen.

Verletzungen des Schädels durch stumpfe Gewalt mit umschriebener Angriffsfläche erregen das besondere Interesse des Gerichtsarztes wegen der häufig erforderten Differentialdiagnose zwischen Schlägen mit einem stumpfen Instrument und dem Auffallen stumpfer Gegenstände gegen den Schädel. Es gehört unter Umständen eine ausserordentlich scharfe Kombination dazu, um bei einem unklaren Fall eine sichere Diagnose auf eine der beiden Ursachen mit Sicherheit stellen zu können. Im Allgemeinen wird man sich gegenwärtig halten müssen, dass eine stumpfe Gewalt auf den Schädel nur einmal auffällt, während der Angreifer auf seinen Gegner mehrmals einschlagen wird. Wichtig ist ferner, dass jede Einwirkung einer umschriebenen stumpfen Gewalt in der Regel auch eine Hautwunde zur Folge hat, indem die unter der Haut liegenden Schädelknochen der stumpfen Gewalt energisch Widerstand leisten und die dazwischen liegenden weichen Schädeldecken zum Bersten bringen. Meist wird diese Hautwunde eine charakteristische Gestalt nicht aufweisen, doch sind Fälle bekannt, wo beim Auftreffen viereckiger oder runder Hämmer oder eckiger Instrumente Hautwunden entstanden sind, welche die Form des Instrumentes deutlich wiedergaben.

Die Knochenverletzung, die durch umschriebene stumpfe Gewalt am Schädel erzeugt wird, entsteht in der Weise, dass der Schädel an der Angriffsstelle der Gewalt eingebogen wird und bei kleinen Gewalten da, wo diese aufhören einzuwirken, ringsherum einbricht, bei grösseren dagegen strahlenförmig zur Angriffsstelle der stumpfen Gewalt liegende Frakturen erleidet. Wir sprechen dann von Stück- oder Lochbrüchen; ist ein Theil des frakturirten Schädelknochens gleichzeitig deprimirt, so nennt man dies Depressionsfraktur. Verschiedene Umstände ermöglichen es, aus der Gestalt der Fraktur auf die einwirkende Gewalt einen Schluss zu ziehen. So können z. B.

Frakturen die Gestalt der Angriffsfläche des Instrumentes genau wiedergeben; derartige Brüche, die wir als geformte Frakturen zu bezeichnen vorgeschlagen haben, weil in der That das auftreffende Instrument die Fraktur geformt hat, haben zur Vorbedingung, dass keine besonders starke Lage von Haaren oder Kopfbedeckungen zwischen Schädelknochen und Instrument sich befand, und zweitens, dass die auftreffende Fläche des Instrumentes keine besonders grosse war. Wie gross sie sein darf, damit eine geformte Fraktur zu Stande kommt, lässt sich zahlenmässig nicht ausdrücken, weil der eine Schädel eben dicker ist, als der andere; das aber darf man festhalten, dass besonders kantige Instrumente, z. B. Hämmer, derartige Brüche erzeugen werden, dass aber auch rundliche Instrumente, Keulen, Bleiknöpfe, hierzu geeignet sind. Gerichtsärztlich gleichwerthig diesen geformten Frakturen sind geformte Fissuren, die wir bei einem Falle von Mord durch eine Keule antrafen.

Weiter sind die sogenannten Terrassenbrüche zu erwähnen, eine Abart der Depressionsfrakturen, welche wenigstens einen Theil der auftreffenden Fläche genau wiedergeben. Sie entstehen dadurch, dass das Instrument nicht mit der vollen Fläche, sondern nur mit einer Ecke auftrifft. Die Folge hiervon ist, dass diese Ecke die tiefste Depressionsstelle erzeugt, welche nach der einen Seite von den schroffen Kanten des nicht deprimirten Schädeltheiles überragt wird, während nach der andern Seite hin allmählich das Niveau der Depression, häufig unter Entstehen von amphitheatralisch angeordneten Fissuren, ein immer höheres wird. Derartige Terrassenbrüche können durch Schläge mit eckigen Hämmern oder Oehrtheilen von Aexten, aber auch durch die Spitzen von Schlagringen erzeugt werden.

Die Einklemmung von Haaren in derartige Frakturen ist ein weiteres wichtiges Kennzeichen dafür, dass hier eine umschriebene Gewalt, und zwar nicht in transversaler, sondern in schräger Richtung auf den Schädel eingewirkt hat. Handelt es sich, wie es vorkommen kann, um Schädel, deren Weichtheile der Fäulniss anheimgefallen sind, dann wird der Befund von Haaren in einer Depressionsfraktur mit Sicherheit den Schluss auszusprechen erlauben, dass eine Hautwunde bestand.

Wenn wir jetzt der Frage näher treten, wie die einzelnen Schichten des knöchernen Schädels sich gegenüber den stumpfen Gewalten verhalten, so haben wir auch hier wieder das bereits bei Besprechung der transversal wirkenden Hiebverletzungen erwähnte Verhalten zu konstatiren. Die Glastafel bricht im Allgemeinen mehr ein als die Tabula externa, nicht weil sie zerbrechlicher ist, sondern weil im Momente der Biegung die Tabula interna stärker und in grösserem Umfange eingebogen wird, als die externa. Dieses Verhalten ist ein so regelmässiges, dass sogar Sprünge der Tabula interna vorhanden sein können, wenn solche in der externa vollkommen fehlen. Die Elastizität der letzteren hielt eben der eindringenden Gewalt stand und die mehr eingebogene Tabula interna frakturirte.

Von den Hirnverletzungen, die durch stumpfe Ge-

walt mit umschriebener Angriffsfläche zu Stande kommen können, unterscheiden wir die mit komplizirten Frakturen kombinirten Hirnquetschwunden und die bereits mehrfach erwähnten Hirnkontusionen.

Verletzungen der inneren Organe durch umschriebene Gewalt bieten im Allgemeinen nichts Charakteristisches.

Dass auch Verletzungen der Haare bei Einwirkung umschriebener Gewalten vorkommen können, ist bei Besprechung der Haaruntersuchungen (s. S. 99) bereits erwähnt.

5. Tod durch Schussverletzungen.

Schussverletzungen werden durch Projektile, die durch Pulvergase getrieben werden, hervorgebracht. Pulverladung und Projektil, ferner die Entfernung, aus welcher der Schuss erfolgt, können variiren; demgemäss werden auch die Wirkungen verschieden sein. Eine grössere Pulverladung verleiht dem Geschoss eine stärkere Propulsionskraft; ein Geschoss, welches matt sein Ziel erreicht, wird weniger intensive Wirkungen hervorbringen. Weiter bringt die Veränderlichkeit der Geschossform in Folge Weichheit des Projektils Aenderungen in seiner Gestalt hervor, die für die Wirkung des Schusses von erheblicher Wichtigkeit sind. Dem Gerichtsarzt fällt die oft sehr schwierige Aufgabe zu, festzustellen, welch eine Pulverladung lag vor? welches war das Kaliber des Geschosses? welche Rückschlüsse sind von dem Geschoss auf die Waffe, mit der geschossen wurde, möglich? lag ein Nahschuss oder ein Fernschuss vor? u. a. m.

Die Erscheinungen einer Schussverletzung in vivo sind selbstverständlich je nach dem Orte der Verletzung ausserordentlich verschieden. Gerichtsärztlich ist es von Wichtigkeit, dass ein Schädelschuss keineswegs sofort tödtlich zu sein braucht, ebenso wenig wie ein Herz- oder Lungenschuss. Erfolgt ein Schädelschuss, so kann in Folge von Hirndruck wegen eingetretener Blutung oder wegen Hirnerschütterung alsbald Bewusstlosigkeit und Tod erfolgen, aber die Bewusstlosigkeit kann auch eine nur vorübergehende sein, oder sie kann gänzlich fehlen. Bekannt ist, dass Heilung erfolgen kann, während die Kugel im Schädel zurückbleibt, zuweilen unter Narbenbildung, die zur Rindenepilepsie führt; vergeht längere Zeit nach der Verletzung, so kann selbstverständlich die ganze Serie der Wundinfektionskrankheiten weitere Veränderungen in dem Krankheitsbilde bewirken.

Ein Lungenschuss mit kleiner Einschussöffnung kann ganz ohne Komplikationen verlaufen; die Kugel kann an irgend einer Stelle der Lunge einheilen oder auch, nachdem sie die Lunge passirt hat, in dem gegenüberliegenden Theile der Brustwand z. B. in der Masse der langen Rückenmuskeln. Die Beobachtung muss lehren, ob weitere Eingriffe indizirt sind, insbesondere ob eine mittlerweile entstandene Pleuritis zu einem Empyem führt. Die Entwicklung eines kopiösen Empyems nach Schussverletzung kann innerhalb weniger Tage von

Statten gehen. Schwieriger sind die Verhältnisse, wenn breite Einschussöffnungen vorhanden sind, welche einen Pneumothorax zur Folge hatten; in diesem Falle ist der momentane Effekt, wenn auch kein nothwendig letaler, so doch jedenfalls ein solcher, dass ernstere Komplikationen sehr in den Kreis der Berechnung zu ziehen sind. Kommuniziren die Pleurahöhlen in Folge des Schusses miteinander, sodass ein totaler Pneumothorax eingetreten ist, so ist der Effekt natürlich ein tödtlicher.

Ein Herzschuss ist in der Regel tödtlich, doch sind Fälle von Heilung, auch durch Operation, beobachtet. Es kommt hier darauf an, ob die primäre Herzwunde klein genug ist, um sich alsbald zu verschliessen, sodass die gefahrdrohende Herzbeuteltamponade durch Blut unterbleibt. Tritt letztere ein, dann ist der Tod wohl in allen Fällen unausbleiblich.

Bei Bauchschüssen ist es möglich, wenn auch sehr selten, dass edlere Theile nicht verletzt werden, indem die Därme ausweichen, und die Kugel ohne ernstere Folgen im Rücken stecken bleibt. Häufiger sind Verletzungen der verschiedensten Abdominalorgane; für den Ausgang fällt dann ins Gewicht, ob eine verhängnissvolle Blutung aus einem der grossen parenchymatösen Organe oder eine Perforations-Peritonitis nach Verletzung des Darmes eintritt.

Verletzungen der Extremitäten durch Schuss können Frakturen, Blutungen mit Zerreissung der Muskulatur und Gefässe zur Folge haben.

Der Einschuss. Die Kugel kann, bevor sie den Körper erreichte, auf harte Gegenstände aufschlagen (rikochettiren), zerspringen und mehrfache Einschussöffnungen bewirken. Umgekehrt setzt eine Einschussöffnung keineswegs immer das Vorhandensein eines Projektils voraus; es ist vielmehr möglich, dass sie allein durch die Gewalt der Pulvergase in Folge Explosion zu Stande kommt; auch ein Papierpfropfen vermag eine solche zu erzeugen. Ein Streifschuss kann eine unregelmässige längliche Risswunde zur Folge haben. Schrotschüsse bewirken, wenn sie aus der Nähe abgegeben sind, eine einzige grosse Einschussöffnung von unregelmässigem Charakter, erfolgen sie aus mehr oder weniger grosser Entfernung, dann wird eine Reihe von Einschussöffnungen das Resultat eines einzigen Schrotschusses sein, und diese werden sich in um so grösserer Zahl und in um so grösserem Umkreise auf dem getroffenen Körper vertheilen, je weiter die Schussentfernung war. Die Frage, welcher Entfernung zwischen Projektil und Ziel die Zahl der vorhandenen Einschussöffnungen entspricht, kann im einzelnen Falle allein dadurch beantwortet werden, dass der untersuchende Gerichtsarzt mit dem betreffenden Gewehr und der dazu gehörigen Patrone selbst Versuche anstellt; allgemein gültige Maximen in dieser Hinsicht aufzustellen, ist wegen der Verschiedenheit der Pulverladung nicht angängig.

Hat nun ein Schuss eine einzige Einschussöffnung erzeugt, so fragt es sich zunächst, ob ein Nah- oder Fernschuss vorliegt.

Bei einem Nahschuss hat man folgende sechs Punkte an der Einschussöffnung zu unterscheiden:

a. Die Einschussöffnung selbst; dieselbe kann ein rundliches Loch oder einen Schlitz, oder eine unregelmässige Zerreissung darstellen und sowohl annähernd dem Durchmesser des Geschosses an Grösse entsprechen, als auch erheblich grösser sein. Grössere Zerreissungen in der Umgebung des Einschusses sprechen immer dafür, dass der Schuss aus grosser Nähe abgegeben ist; sie sind aufzufassen als das Produkt der innerhalb und unterhalb der Haut erfolgenden Explosion der Pulvergase.

b. Von Bedeutung ist weiterhin die kleine rings um die Einschussöffnung herum gelegene Zone von wenigen Millimetern Breite, in der die Oberhaut durch die Gewalt der Kugel abgeschürft ist, und die sich an der Leiche daher als Vertrocknung präsentirt — Kontusionsring. Derselbe kommt dadurch zu Stande, dass das Geschoss die Haut handschuhfingerartig einstülpt und während der Perforation an der tiefsten Stelle der Einstülpung die benachbarten Epidermisschichten verletzt. Er ist nur beim Einschuss zu beobachten und bietet nichts Charakteristisches zur Unterscheidung von Nah- oder Fernschuss.

c. Häufig findet man eine mehrere Zentimeter breite Vertrocknung von braungelblicher Farbe um den Einschuss herum; sie bildet ein wichtiges Kriterium des Nahschusses, weil sie nur durch die Pulverflamme, deren Länge im Allgemeinen der Länge des Laufes entspricht, erzeugt sein kann. Die Vertrocknung wird rund sein, wenn der Schuss transversal abgegeben ist; war dagegen die Richtung der Waffe zur Ebene der getroffenen Haut eine schräge, dann wird man mehr oblonge Vertrocknungen vorfinden, und zwar solche, deren Längendurchmesser der Richtung der Schusswaffe im Allgemeinen entspricht.

d. Besonders zu achten ist auf etwaige Pulvereinsprengungen. Nicht explodirte Pulverkörner werden mit der Kugel aus dem Lauf herausgeschleudert und bleiben in der Umgebung des Einschusses in der Haut haften. Man kann annehmen, dass bei kleinen Revolvern eine Pulvereinsprengung noch bis zu einer Entfernung von 40 cm bewirkt wird, bei Pistolenschüssen sogar noch bei 2 m Abstand.

e. Endlich ist der Pulverschleim zu berücksichtigen, eine abwischbare schwärzliche Auflagerung auf der Haut, welche in der Umgebung des Einschusses sich ablagert und ebenfalls ein wichtiges Kriterium des Nachschusses darstellt.

f. Ist der Schuss auf behaarte Theile, z. B. den Kopf, aus der Nähe abgegeben, dann findet man noch ein weiteres Merkmal für die Entscheidung der Frage, ob es sich um Nah- oder Fernschuss handelt, nämlich die Effekte der Hitze und der Pulverflamme auf die Haare. Einerseits werden die Haare durch die Pulverflamme bräunlich und gekräuselt, anderseits entstehen in ihnen durch die Hitze die bereits oben bei der Beschreibung der Haarveränderungen (s. S. 99) erwähnten Luftblasen, welche in der Regel multipel sind und nur kleine Dimensionen haben.

Das unter a—f vorher Gesagte bezieht sich auf solche Schüsse, welche in einer Entfernung von einigen Zentimetern von der Haut abgegeben sind. Hat die Mündung der Waffe der Haut direkt aufgelegen, so wird der Kontusionsring vorhanden sein, die Wirkung der Pulverflamme sich dagegen im Innern, das heisst, bereits im Beginn des eigentlichen Schusskanals bemerkbar machen; man wird dann als Ausdruck der Berührung lebenden Blutes mit den Pulvergasen in der Umgebung der Schussverletzung unter Umständen CO-haltiges Blut antreffen.[1]) Ebenso werden natürlich die Pulvereinsprengungen und der Pulverschmauch in der Umgebung des Einschusses fehlen, sich dagegen im eigentlichen Schusskanal nachweisen lassen.

War aber umgekehrt die Entfernung der Mündung der Schusswaffe von der Haut eine grössere, z. B. mehrere Meter betragende, so wird man ausser Einschussöffnung und Kontusionsring die vorher erwähnten Befunde vergeblich suchen und selbstverständlich auch nicht im Schusskanal antreffen; es handelt sich dann eben um einen Fernschuss.

Der Schusskanal. Wir unterscheiden solche Schusskanäle, welche transversal die getroffene Körperstelle durchsetzen und solche, die in kreisförmiger Richtung den Körper umziehen; es handelt sich dann um sogenannte Contour- oder Bogenschüsse. Ist das Geschoss im Verlaufe des Schusskanals an einer harten Stelle aufgeschlagen und daher in mehrere Theile zersprungen, so wird man nicht einen einfachen, sondern einen mehrfachen Schusskanal vorfinden.

Bei Schädelschüssen bildet den Beginn des Schusskanals unter der durchbohrten Haut die in höchst charakteristischer Weise gestaltete Einschussöffnung des knöchernen Schädeldaches. Die zuletzt getroffene Knochenlamelle frakturirt nämlich stets in einem grösseren Umfange als die zuerst getroffene; deswegen ist entsprechend dem Einschuss im Schädel die Tabula interna stets in grösserem Umfange als die externa und umgekehrt entsprechend der Ausschusswunde des Schädelknochens die Tabula externa in grösserem Umfange als die interna ausgebrochen.

Aehnlich ist dies Verhalten auch bei den übrigen platten Knochen des Körpers, z. B. dem Schulterblatt und den Rippen; werden dagegen lange Knochen quer durchtrennt, so sind einfache Lochfrakturen mit ausstrahlenden Längs- und Querbrüchen das Resultat. Gelegentlich kann auch wohl einmal die Kugel am Ende des Schusskanals vor dem Knochen stehen bleiben, so dass eine Verletzung der thatsächlich von der Kugel getroffenen Knochenlamelle fehlt, zum Beispiel an der Tabula interna, während die Tabula externa an der entsprechenden Stelle einen Sprung aufweist.

Die serösen Häute des Körpers zeigen im Allgemeinen schlitzförmige, aber auch rundliche Perforationsstellen; die übrigen Organe verhalten sich verschieden, je nachdem sie eine

[1]) Betreffs Feststellung desselben siehe die Abhandlung über Kohlenoxyd-Vergiftung.

straffere Struktur haben oder nicht. Das Herz z. B. hat ebenso wie die Körpermuskulatur die Tendenz, in der Richtung der Primitivbündel dem Projektil nachzugehen; bei parenchymatösen Organen dagegen wie Leber, Nieren, Gehirn u. s. w. ist die Substanz in der Richtung des Schusskanals regellos zermalmt, zum Theil mit Kontusionen an der Grenze des zermalmten und gesunden Gewebes. Wird ein Organ nicht durchbohrt, sondern nur gestreift, dann kann auch einmal nur eine einzige Oeffnung vorhanden sein, die zugleich Ein- und Ausschussöffnung ist.

Ist es der Kugel nicht gelungen, ein sich ihr entgegenstellendes knöchernes Hinderniss zu überwinden, so kann, wenn ihre lebendige Kraft noch nicht erschöpft ist, durch Zurückprallen des Geschosses ein winkelförmiger Schusskanal entstehen.

Eine andere Art der Geschosswirkung als diese mehr direkten Effekte stellen die in Folge hydrodynamischer Pressung entstandenen indirekten Effekte des Schusses dar. Bekannt ist, dass diese hydrodynamische Pressung bei unsern modernen Kriegsprojektilen unter gewissen Umständen eine ganz besonders erhebliche sein kann; aber auch die gerichtsärztlich in Frage kommenden, von Schusswaffen geringerer Gattung herrührenden Geschosse können derartige Wirkungen haben. Sehr häufig sind isolirte Orbitaldach-Frakturen bei Schädelschüssen; die schwächste Stelle der Schädelkapsel giebt dem hydrodynamischen Druck nach, sie wird eingedrückt. Der Umstand, dass diese Fraktur weder mit dem Einschuss, noch mit dem Ausschuss in Verbindung steht, also ihre Isolirung, spricht dafür, dass es nicht direkte, durch Fortleitung entstandene Frakturen sind, sondern indirekte. Auch andere Stellen der Schädelkapsel können zur Fraktur kommen. An einem dünnwandigen Schädeldach sahen wir z. B. bei einem gewöhnlichen Revolverschuss eine neben der Pfeilnaht gelegene, dieser parallele Fissur, die völlig isolirt war. Eine andere Veränderung, die man zuweilen bei Revolverschüssen in der Schädelhöhle antrifft, und die wir ebenfalls auf die hydrodynamische Pressung zurückführen möchten, sind Blutungen im Mittelohr, die nach dem Abziehen der Dura die das Mittelohr umgebenden Knochengewebe blaugrau erscheinen lassen, und die nach dem Abheben der oberflächlichsten Knochenschichten deutlich als Blutungen in die Erscheinung treten.

Ausschuss. Im Allgemeinen ist die Hautwunde des Ausschusses eine unregelmässigere als die des Einschusses, auch ist sie kleiner als diese, doch sind Ausnahmen häufig. Die Kugel spannt von innen her die Haut und reisst sie unregelmässig an der am meisten gespannten Stelle ein.

Auf Grund der gegebenen Darstellung wird es in der Regel möglich sein, über die Umstände eines Schusses Auskunft zu geben. Es sei noch besonders hervorgehoben, dass man Schussverletzungen häufig bei Selbstmördern findet; die Untersuchung wird dann natürlich stets die Kriterien eines Nahschusses ergeben, daneben aber noch eine Reihe anderer Eigenthümlichkeiten.

Der Selbstmörder wird sich nämlich diejenige Körperstelle, die er zur Ausführung seines Planes gewählt hat, von Kleidung entblössen. Ausnahmen kommen vor, sind aber selten, und ganz besonders selten ist es, dass dann nach einem derartigen durch die Kleidung abgegebenen Schuss eine Verbrennung entsteht, die den Befund einer Schussverletzung zunächst verschleiern kann. Selbstverständlich werden derartige Verbrennungen von Kleidungsstücken auch vorkommen können, wenn der Selbstmörder die Kleidung zwar bei Seite zieht, dies aber so unvorsichtig thut, dass sie doch von der Pulverflamme getroffen wird.

Zweitens kommt für die Beurtheilung einer Schussverletzung als selbstmörderische in Betracht, dass Selbstmörder immer gewisse typische Stellen wählen, um ihr Ziel zu erreichen. Beliebt sind besonders die Schläfegegenden, bei Rechtshändern die rechten, bei Linkshändern die linken, ferner die Brustgegend, insbesondere die Herzpartie, die aber oft genug gefehlt wird. Eine weitere, häufig gewählte Stelle des Einschusses beim Selbstmörder ist der Mund; die Schüsse dringen dann in der Regel durch den Türkensattel hindurch gegen den Scheitel; als charakteristischen Befund findet man bei derartigen Mundschüssen eine Schwarzfärbung der Zunge durch Pulver und Schmauch, wie auch zuweilen Rupturen der Wangenschleimhaut. Oft wählen Selbstmörder ganz besondere Kombinationen der Ladung, um einen möglichst starken explosiven Effekt zu erzielen; hierher gehören z. B. die sogenannten Wasserschüsse, bei denen in der That zuweilen eine ausserordentliche explosive Wirkung beobachtet wird, sodass der Schädel nach derartigen Gewalteinwirkungen häufig nur aus einem Haufen Haut und Knochen besteht. Selbstverständlich kommen, obwohl selten, auch atypische Einschussöffnungen bei Selbstmördern vor; hier ist dann die Entscheidung der Frage, ob Mord, Selbstmord oder Verunglückung vorliegt, um so schwieriger. Häufig liefert in solchen Fällen die Richtung des Schusskanals wichtige Ergebnisse.

Das in neuerer Zeit in Aufnahme gekommene rauchschwache Pulver legt dem Gerichtsarzt die Nothwendigkeit nahe, sich mit den Wirkungen desselben vertraut zu machen und insbesondere die Unterschiede von den bisherigen, unter starker Rauchentwicklung explodirenden Pulvern kennen zu lernen. Die Verhandlungen über diesen wichtigen Gegenstand haben eben erst begonnen, und so kann hier nicht der Ort sein, abschliessende Urtheile zu fällen. Das aber erscheint gewiss, dass der grundlegende Unterschied des alten und des rauchschwachen Pulvers in dem Fehlen der Pulverflamme und in seiner häufig grösseren Explosionskraft zu suchen ist; in letzterer Hinsicht differiren die einzelnen Fabrikate natürlich von einander. Das Fehlen der Pulverflamme bringt es mit sich, dass eine Verbrennung der Haut, also eine zirkuläre Vertrocknung um den Einschluss herum (s. S. 182 c.) nicht entstehen kann; wir dürfen deshalb bei Nahschüssen nur erwarten, dass sich Einschussöffnung, Kontusionsring, Pulvereinsprengung und Pulver-

schmauch vorfinden. Naturgemäss fehlen auch die Veränderungen an den Haaren, soweit sie durch die Flamme zu Stande kommen; dafür aber finden sich andere charakteristische Veränderungen als: fein vertheilte Ablagerungen minimaler Pulverpartikelchen auf den Haaren unter besonderer Berücksichtigung der Schuppen der Cuticula und Verletzungen der Haare z. B. Absprengungen und Zerreissungen einzelner Theile des Haarschaftes.

6. Tod durch gewaltsame Erstickung.

a) Allgemeines.[1])

Erstickung heisst Aufhebung des respiratorischen Gaswechsels. Von den beiden hauptsächlichsten Vorgängen, die denselben bewerkstelligen, der Sauerstoffaufnahme und der Kohlensäureausscheidung, kommt bei der Erstickung in erster Linie die Sistirung der Sauerstoffaufnahme in Betracht.

Der Begriff der Erstickung ist danach ein sehr weiter. Er umfasst nicht nur die Störungen im Mechanismus der äusseren Athmung, sondern auch diejenigen der inneren Athmung, die einerseits aus Anomalien der Blutbewegung, anderseits aus solchen der Blutmischung hervorgehen. Zu den letzteren gehören die Folgezustände der Einwirkungen der Blutgifte, Kohlenoxyd, Kali chloricum u. a. m. Unter die Störungen der Blutbewegung müssen wir zunächst die primäre Herzlähmung rechnen, ferner embolische Prozesse, wie Embolie der Pulmonalarterie, die akute Anämie des Verblutungstodes und die chronischen Anämien. Als Störungen im Athmungsmechanismus kommen in Betracht: die Verlegung des Respirationstractus an irgend einer Stelle, also der Verschluss von Nase, Mund oder Rachen durch Fremdkörper, diphtheritische Membranen u. a., das Erhängen, Erwürgen, Erdrosseln und Ertrinken, weiter die Beschränkung des eigentlich athmenden Theiles der Lunge durch aufgelagerte exsudative oder transsudative Bildungen, Pneumonie, Bronchitis, Lungenödem. Weiter gehört hierher die Erstickung in einem geschlossenen oder mit irrespirablen Gasarten angefüllten Raume, die Verhinderung der Athembewegungen beim Verschütten oder Erdrücken und bei Krampf- oder Lähmungszuständen der Athemmuskeln (Curare-, Strychninvergiftung, Epilepsie). Endlich ist zu erwähnen die Verhinderung der Ausdehnung der Lungen selbst infolge von doppeltem Pneumothorax, Hydrothorax, Hämothorax u. s. w.

Die Berechtigung, alle diese, zum Theil recht wenig mit einander gemein habenden Todesarten als Arten des Erstickungstodes aufzufassen, wird hergeleitet einmal von Erscheinungen, welche der Erstickungstod als solcher darbietet, und sodann aus den Erscheinungen an der Leiche. Im Uebrigen aber

[1]) Vgl. Bibliothek der gesammten med. Wissenschaften, herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. Drasche, Wien und Leipzig; Bd. Hygiene und gerichtliche Medizin, Artikel Erstickung vom Verfasser.

rechnet, das sei gleich hier vorweg bemerkt, die gerichtliche Medizin zu den Erstickungsarten im engeren Sinne nur die Formen der mechanischen Erstickung, bei denen ceteris paribus der Tod primär durch Erstickung erfolgt, gegenüber den mit Störung in der Blutmischung und Blutbewegung verbundenen Erstickungsformen, bei denen der Tod sekundär eintritt.

Die **Symptome des Erstickungstodes** haben, wie bemerkt, eine eigenthümliche Reihenfolge, die bis zu einem gewissen Grade konstant ist. Wir unterscheiden vier Stadien:

Zunächst tritt eine Dyspnoe ein, die zuerst vorwiegend inspiratorisch, dann exspiratorisch ist; die Dauer dieses Stadiums beträgt etwa eine Minute. Das zweite Stadium ist das der Krämpfe, die hauptsächlich klonischer Natur sind, aber auch wohl tonisch sein können; Opisthotonus wird nicht selten beobachtet. Das Bewusstsein ist mit dem Beginn des zweiten Stadiums erloschen. Als drittes Stadium tritt eine Athempause von zuweilen minutenlanger Dauer ein, der als letztes das der terminalen Athembewegungen folgt. Dies sind einzelne lang angezogene Athembewegungen mit mehr oder weniger grossen Zwischenräumen. Die Dauer aller dieser Erscheinungen beträgt etwa 3—8 Minuten. Hervorgerufen werden sie durch eine Reizung des Athmungszentrums der Medulla oblongata durch das sauerstoffarme Blut.

Von den Erscheinungen der übrigen Organsysteme seien besonders die des Zirkulationsapparates erwähnt. Infolge Reizung des Vagus stellt sich beim Beginne der Erstickung eine Verlangsamung der Herzbewegungen ein, die von einer durch Lähmung desselben Nerven veranlassten Beschleunigung der Herzkontraktionen gefolgt ist. Dieselben werden nun weiter langsamer, um allmählich ganz zu verschwinden; sie überdauern die terminalen Athembewegungen erheblich, wie nicht nur der Thierversuch, sondern auch Beobachtungen an durch den Strang Hingerichteten beweisen, zuweilen 8 Minuten oder noch mehr. Der Blutdruck ist bei der Dyspnoe gesteigert, die Steigerung erhält sich während des konvulsiven Stadiums, ist sogar noch etwas erhöht und sinkt dann allmählich herab. Der Verdauungs- und Urogenital-Kanal reagiren auf die Erstickung bereits im Stadium der Dyspnoe oder später durch Abgang von Faeces und Urin.

An Komplikationen, die störend in den Gang des Erstickungstodes, wie er soeben geschildert ist, eingreifen können, sind zwei besonders hervorzuheben: der Shock und die Synkope. Sie erklären zum Theil die Verschiedenheit der sogleich zu besprechenden Befunde an der Leiche; sie erklären weiter, warum beispielsweise bei dem einen Erhängten das Herz noch minutenlang schlägt, während ein anderer unmittelbar nach der Suspension von dem umschnürenden Strangwerkzeug Befreiter bereits keine Spur mehr von Herzbewegung zeigt. Der Shock stellt bekanntlich den durch Vermittlung der Reflexbahnen hervorgerufenen Herztod dar; er ist beobachtet be-

sonders bei Schlag auf den Vorderhals (Brouardel). Synkope[1]) würde in Frage kommen bei älteren Individuen mit erkrankter Herzmuskulatur.

Wird der Gang der Erstickung unterbrochen, so kann restitutio in integrum eintreten; ein jedes Stadium der Erstickung erscheint hierzu noch geeignet, unter der Voraussetzung natürlich, dass von Seiten des Herzens keine Komplikationen dazwischen getreten sind.

Die Erscheinungen an wiederbelebten Erstickten sind einmal solche allgemeiner Natur, wie Benommenheit, Delirien, Blasen- und Mastdarmstörungen, sodann lokaler Natur — wie nach dem Erhängen durch die Art und den Ort des erstickenden Werkzeuges veranlasst. Eine zuweilen beobachtete Störung ist die retrograde Amnesie, die sich auf eine Reihe von Stunden vor der Erstickung zurück erstrecken kann, und die sowohl nach Erhängen, als nach Ertrinken beobachtet ist. Auch wenn die Wiederbelebung gelungen ist, kann der Tod sekundär in Folge pneumonischer und ähnlicher Prozesse eintreten.

Begreiflicherweise beanspruchen für den Gerichtsarzt **die Erscheinungen an der Leiche** beim Tode durch Erstickung ein ungleich grösseres Interesse, als die soeben erwähnten vitalen Prozesse. Von den bei der äusseren Besichtigung sich ergebenden Merkmalen kommen die Todtenflecke bei der Erstickung im weiteren Sinne nur insofern in Betracht, als sie reichlich entwickelt und von dunkler Farbe gefunden werden, eine Erscheinung, der aber etwas Spezifisches kaum zuerkannt werden kann. Auch die Leichenstarre bietet nichts Charakteristisches. Zyanose des Gesichtes wird zuweilen beobachtet, insbesondere bei den etwas langsam verlaufenden Erstickungsformen (z. B. Erdrücktwerden) scheint sie ziemlich konstant zu sein. Vorgetriebene Augäpfel, erweiterte Pupillen sind Zeichen von mehr historischem Werth, die, wenn sie vorhanden sind, registrirt werden müssen, aber für eine Diagnose nicht in Betracht kommen. Dasselbe gilt von der Vorlagerung der Zunge vor die Zahnreihen. Einen gewissen Werth neben der Zyanose beanspruchen dagegen die Hautblutungen, welche sich an verschiedenen Theilen der Leiche finden. Manchmal ist die Haut besät mit derartigen kleinen Blutaustretungen, manchmal findet man sie nur an einzelnen Prädilektionsstellen bei genauer Untersuchung. So zeigte die Leiche eines verschütteten Brunnenarbeiters ausserordentlich zahlreiche Ekchymosen von verschiedener Grösse, die zum Theil konfluirten und so fast den Charakter einer traumatischen Suffussion annahmen; nur die anscheinend durch den Druck relativ anämisch gewesenen Hauptpartien waren im Wesentlichen frei geblieben. Am häufigsten finden sie sich in den Augenbindehäuten, wo

---

[1]) Der richtigere Name für die Erstickung ist eigentlich Synkope, da er das Aufhören der Athmung bedeutet (*συνκοπη του πνευματος*), während Asphyxie, jetzt gleichbedeutend mit Erstickung, soviel wie Pulslosigkeit heisst (*α-σφυγμος* = pulslos).

sie in der Regel die Grösse eines Stecknadelkopfes nicht überschreiten. Sie werden beobachtet nicht nur beim Tode durch mechanische Erstickung, sondern auch beim Tode im epileptischen Krampfanfalle, beim Keuchhusten und vielen anderen Todesarten. Ihr Dasein scheint zu beweisen, dass dem Tode ein Stadium erhöhten arteriellen Blutdruckes vorangegangen ist, wie dies experimentell auch erhärtet worden ist. Durch die Hypostase können vorhandene Ekchymosen vergrössert werden; an manchen Stellen des Körpers können auch solche allein durch die Hypostase entstehen.

Man ist weiter früher geneigt gewesen, dem Austritt von Sperma aus der Harnröhrenmündung einen gewissen diagnostischen Werth beizulegen; jetzt ist man davon zurückgekommen, nachdem diese Beobachtung bei den verschiedensten Todesarten, und nicht nur beim Erhängen gemacht ist. Ihre Erklärung findet sie wohl in dem Rigor mortis der glatten Muskulatur, durch den Sperma zum Austreten gebracht wird. In einer Reihe weiterer Fälle, bei denen man eine Todtenstarre der glatten Muskulatur ausschliessen zu dürfen glaubt, insbesondere bei länger dauernder Suspension, handelt es sich gewiss um einfach mechanisches Ausfliessen aus der nahezu völlig vertikal gelagerten Urethra, nachdem vielleicht durch einen im konvulsiven Stadium der Erstickung eingetretenen Krampf der glatten Muskulatur der Inhalt der Samenblasen entleert worden war.

Unter den inneren Zeichen des Erstickungstodes wird die dunkle Farbe und die flüssige Beschaffenheit des Blutes in der Regel an erster Stelle genannt; eine Wichtigkeit kommt ersterer Eigenschaft nicht, letzterer nur bis zu einem gewissen Grade zu. Dass das sauerstoffarme und kohlensäurereiche Blut des Erstickenden ebenso dunkel ist, wie das sauerstoffarme und kohlensäurereiche Venenblut, ist ja nicht zu verwundern; das ist ein Befund, den wir bei jeder Autopsie, wenn es nicht eine Vergiftung mit CO, Kali chloricum oder einem ähnlichen Stoffe ist, machen, ja machen müssen, weil die Gewebe dem Blute den Sauerstoff entziehen, der ihm noch post mortem innewohnt. Das Blut der Leiche, wenn es vorsichtig entnommen ist, ohne dass es mit der Luft in Berührung kam, zeigt demgemäss nicht das OHb-Spektrum, sondern nur das Spektrum des sauerstofffreien Hämoglobins. Diese Erscheinung wird man mit um so grösserer Gewissheit am Blute wahrnehmen können, als zwischen Exitus und Autopsie immer eine gewisse Zeit, mindestens wohl 24 Stunden vergehen, in denen das Blut Zeit hat, allen bis dahin ihm verbliebenen Sauerstoff noch an die Gewebe abzugeben.

Bezüglich der Flüssigkeit oder des Geronnenseins des Blutes sind zwei verschiedene Momente auseinanderzuhalten. Einmal die Zeit, die zwischen Tod und Autopsie verstrichen ist, und dann die Blutbeschaffenheit selbst. Gegenstand der Untersuchung bilden für den Gerichtsarzt nicht die Leichen lange erkrankt Gewesener, wie sie in Kliniken u. s. w. zur Beobachtung kommen, sondern vorwiegend diejenigen solcher Per-

sonen, die mitten in der besten Gesundheit ohne vorheriges Kranksein eines gewaltsamen Todes gestorben sind. Plötzliche natürliche Todesfälle an Pneumonie, Meningitis werden anderseits wieder in Bezug auf diesen Punkt ähnliche Befunde, wie sie in Krankenhäusern erhoben werden, vermuthen lassen. Die häufig gemachte Beobachtung geht nun dahin, dass diejenigen Fälle, welche nach einer mehr oder weniger langen Agone defunkt sind, speckige Gerinnsel im Herzen, insbesondere im rechten Herzen haben, und dass die plötzlich ohne Agone Gestorbenen flüssiges oder locker geronnenes Blut darbieten. Der Agone gleichwerthig sind in Bezug auf die Beschaffenheit des Blutes alle Zustände, welche zu einer Leukozytose überhaupt führen[1]), also die grosse Mehrzahl der Infektionskrankheiten u. s. w. Diese Beobachtung ist eine so konstante, dass der Befund von derben, verfilzten Gerinnseln im Herzen gegen die Annahme einer plötzlichen reinen Erstickung spricht, was gerichtsärztlich sehr gut zu verwerthen ist.

An zweiter Stelle unter den inneren Zeichen des Erstickungstodes pflegt angeführt zu werden die Blutüberfüllung der inneren Organe, insbesondere der Lungen. Auch dieses Zeichen entbehrt der allgemeinen Giltigkeit und bedarf einer ganzen Reihe Einschränkungen. Theoretisch hat zuerst Donders für die Lungenhyperämie eine Erklärung gegeben; Patenko hat experimentell die Donders'sche Theorie zu stützen gesucht. Dieselbe läuft darauf hinaus, dass die dyspnoischen Athembewegungen des ersten Stadiums beim Erstickungtode bei Verschluss der Respirationswege der Druck in der Thoraxhöhle ein negativer werde, eine Erscheinung, die eine Erweiterung des Lumens der Lungengefässe und weiter eine Verlangsamung des Blutstromes in ihnen zur Folge habe. Die Dauer der Dyspnoe würde also demnach proportional sein der Stärke der Lungenhyperämie. Skrzeczka hat diese Theorie experimentell dahin ergänzt, dass bei Luftabschluss im Moment der Inspiration der Druck im Thorax vermindert wird, und dass man hier Lungenhyperämie zu erwarten habe. Bei Luftabschluss im Beginn der Exspiration dagegen treten diese Verhältnisse nicht ein.

Bei der Beurtheilung der Lungenhyperämie beim Erstickungstode wird man sich zuvörderst davor zu hüten haben, eine diesbezügliche Diagnose zu stellen, wenn die Kriterien dieses Zustandes nicht zutreffen (Skrzeczka). Diese bestehen darin, dass die hyperämische Lunge sich weniger gut retrahirt,

---

[1]) Wenn auch bezüglich der Lehre von der Blutgerinnung noch vieles zu untersuchen und klarzustellen ist, so darf doch als ausgemacht gelten, dass die Träger des zur Koagulation erforderlichen Fibrinfermentes die Leukozyten sind. Die Fähigkeit zur Fermentbildung wohnt dem Blute nur noch einige Zeit nach dem Tode inne, es kann daher zunächst gerinnen, aber wohl nur locker, während diese Fähigkeit bereits nach 24 Stunden erloschen zu sein scheint; die bis dahin vorhandene Koagulation kann sogar infolge von Veränderungen, welche das Fibrin eingeht, wieder einer flüssigen Beschaffenheit des Blutes Platz machen; die Auflösung fester speckiger Gerinnsel erscheint ausgeschlossen, nur wenn das Blut locker geronnen war, wird dieses Verschwinden von Gerinnseln beobachtet werden können.

dass sie sich schwerer anfühlt und von derberer Konsistenz ist. Ihre Farbe ist dunkelviolett, auf der Pleura sieht man ein engmaschiges Netz injizirter Venen, auf Durchschnitten entleert sich ohne Druck reichlich dunkles Blut. Es wird nun von allen Untersuchern betont, dass eine derartige Lungenhyperämie nicht die Regel ist, dass geradezu blutarme Lungen beim Erstickungstode, auch beim gewaltsamen, gefunden werden. Zunächst werden wir uns sagen müssen, dass ein Theil der untersuchten Individuen wohl normale Blutverhältnisse zeigt, dass man aber von einem anämischen Individuum nicht erwarten kann, dass es hyperämische Lungen aufweist. Weiter zeigt eine Beobachtung von v. Hofmann an durch den Strang justifizirten Verbrechern, dass durch Einziehung des Bauches und Hochsteigen des Zwerchfelles der verminderte Druck der Thoraxhöhle während der Erstickung wieder zum Theil ausgeglichen werden kann. Endlich ist zu bemerken, dass bei älteren Individuen, bei denen die Stadien des Erstickungstodes abgekürzt oder nur angedeutet sind, von einer erheblichen Verminderung des intrathorakalen Druckes kaum die Rede sein kann.

Die alten Gerichtsärzte massen der »Kongestion« einen grossen Werth bei, man suchte den Sitz der Hyperämie und bestimmte danach die Todesursache — Lungen-, Herz-, Gehirntod (Bichat, Devergie), resp. Stickfluss, Schlagfluss bei Lungen- oder Gehirnhyperämie, Stickschlagfluss, wenn beide Organe hyperämisch gefunden wurden, und Neuroparalyse, wenn keine Hyperämie in Gehirn oder Lungen bestand (Casper u. a.). Die gerichtliche Medizin unserer Tage hat es, wie bemerkt, für angezeigt gefunden, die Diagnose »Erstickung« zu erweitern und erkennt die venösen Hyperämien aller Organe — nicht nur der Lungen — nur als Theilerscheinungen des Erstickungsbefundes an der Leiche an. Was zunächst die Gehirnhyperämie betrifft, so liegen hier einige Beobachtungen in vivo vor, die einander nicht völlig entsprechen:

Donders und Ackermann experimentirten an trepanirten Thieren, denen sie Glasstücke in die Lücke des knöchernen Schädeldaches hatten einheilen lassen; während Donders aber nach anfänglichem Erblassen stets eine Zyanose der Pia bei Luftabschluss auftreten sah, fand Ackermann eine Anämie der Hirngefässe dem Tode vorangehen. v. Hofmann giebt an, dass man mittels des Augenspiegels eine Anämie der Retinalgefässe während der Dyspnoe beobachten könne; Brouardel und Descoust bestätigen diesen Befund mit dem Bemerken, dass der anfänglichen Anämie der Retinalgefässe eine Hyperämie als Ausdruck eines vasomotorischen Krampfes mit successiver Lähmung nachfolge.

Dies sind gewiss wissenschaftlich interessante Thatsachen, für den Gerichtsarzt aber kaum verwerthbar, wenn man den thatsächlichen Leichenbefund bei Erstickten in Frage zieht; hier sehen wir manchmal eine Hyperämie bestehen, in anderen Fällen wieder nicht. Dasselbe gilt von der Hyperämie der Nieren und der übrigen Organe. Auf den Blutgehalt derselben wirken nämlich ausser dem oben erwähnten Momente, ob das betreffende Individuum überhaupt anämisch oder blutreich war, und ob die Erstickung längere oder kürzere Zeit

dauerte, noch eine Reihe anderer ein. Da ist zunächst zu nennen die posthume Zirkulation, die unter dem Einfluss der Fäulniss sich thatsächlich bis zu einem gewissen Grade einstellt. Die im Bereich der Hypostase liegenden Organe werden immer eine grössere Blutfülle als die von ihr entfernteren aufweisen; verfliesst eine gewisse Zeit zwischen Tod und Autopsie, so werden Blutgase frei, und sie leisten dem Tiefertreten des Blutes, da sie das Bestreben haben emporzusteigen, nur Vorschub. Eine etwaige Auftreibung des Leibes, die durch Vermehrung der Darmgase entsteht, bringt weiter eine Entfernung des Blutes aus den Unterleibsgefässen zu Wege. Ferner ist zu berücksichtigen die Todtenstarre der glatten Muskulatur der Arterien, welche die letzteren bis zu einem gewissen Grade von dem etwa in ihnen enthaltenen Blut befreit, und endlich die Todtenstarre des Herzens.

Tardieu's Autorität war es, welche die auch vor ihm bereits bekannten und beschriebenen subserösen Ekchymosen in die Reihe der wichtigen Merkmale des Erstickungstodes erhob, er vindizirte ihnen einen pathognostischen Werth bezüglich der Diagnose des Todes durch Bedeckung der Athemöffnungen. Die nach ihm benannten „Tardieu'schen Flecke" haben seitdem oft zu Diskussionen Anlass gegeben; man ist jetzt darüber einig, dass sie häufig bei Erstickung überhaupt, nicht nur bei mechanischer Erstickung, vorkommen, dass sie aber auch fehlen können.

Die Prädilektionsstellen der Ekchymosen sind die Pleuren und das Perikard, an denen sie sich als punktförmige, bis linsengrosse Blutaustretungen zeigen. Diesen subserösen Ekchymosen gleichwerthig sind kleine Blutungen, auf der Thymusdrüse, in der Magen- und Darmschleimhaut, ferner in der Schleimhaut der Respirationsorgane, in der Nasenschleimhaut, in der Paukenhöhlenschleimhaut, seltener in den Hirnhäuten; einmal sahen wir sie bei einem Erhängten unter dem Ependym des vierten Ventrikels. Verwandt mit ihnen sind die Ekchymosen der Konjunktivalschleimhaut und der äusseren Haut, über welche bereits oben gesprochen ist. Die Blutungen treten leichter ein bei Individuen mit zarten Gefässwandungen, insbesondere Kindern, als bei Erwachsenen.

Wie ist das Vorkommen der Ekchymosen zu erklären? Zunächst hat man an Stauungsvorgänge zu denken, die sich unter dem Einfluss einer Lungenhyperämie im Venensystem überhaupt einstellen, sodann kommen aber noch eine Reihe anderer Umstände in Frage. Krahmer hat im weiteren Ausbau der Donders'schen Theorie von der Lungenhyperämie die sogenannte Schröpfkopftheorie aufgestellt, indem er annahm, dass durch die inspiratorischen dyspnoischen Thoraxbewegungen das Blut wie in einem Schröpfkopf an die Oberfläche des Organs, d. h. unter die Pleuren in das subpleurale Bindegewebe gezogen werde und dort aus den Gefässen austrete. Weiter betont v. Hofmann den vasomotorischen Krampf bei der Erstickung, mit dem eine Vermehrung des Seitendruckes im Gefässsystem einhergehe, und bemerkt hierzu — eine Behauptung, die er selbst und andere auch experimentell stützen konnten — dass das Entstehen der Ekchymosen zusammenfalle mit dem Stadium der Krämpfe beim Erstickungstode. Corin hat in einer neueren Arbeit behauptet, dass einerseits eine Ver-

mehrung des Blutdruckes infolge einer Erregung des vasomotorischen Zentrums, anderseits ein mehr oder weniger langer Athemstillstand für das Zustandekommen der Ekchymosen als wesentlich zu erachten sei.

Gewiss kommen, das kann keinem Zweifel unterliegen, eines oder das andere der angeführten Momente oder auch mehrere für das Entstehen der Ekchymosen in Frage — aber ihre Bedeutung für den Gerichtsarzt ist damit noch lange nicht erhärtet. Und diese Bedeutung ist, wie Strassmann[1]) erst kürzlich noch auseinander gesetzt hat, nicht gering genug angeschlagen. Finden sie sich doch, um zunächst die Ubiquität ihres Vorkommens zu betonen, nicht nur bei der mechanischen Erstickung im Tardieu'schen Sinne, sondern auch bei der Erhängung, beim Erdrosseln und Ertrinken; ferner bei Kopfverletzungen, nach spontanen Hirnapoplexien, bei Epilepsie ebenso wie bei Tetanus, bei Lungenkrankheiten ebenso wie beim Darmkatarrh der Kinder, bei der Phosphor- und Arsenvergiftung ebenso wie bei Vergiftung durch Morphin oder durch verdorbenes Fleisch. Ausserdem ist zu betonen, dass auch ihr Fehlen nichts gegen die Annahme eines Todes durch Erstickung, auch durch mechanische Erstickung beweist. Weiter hat man der Ansicht Raum gegeben, dass ein Vorhandensein von Ekchymosen nicht mit der Annahme eines Todes an Herzparalyse vereinbar sei. Dem ist entgegen zu halten, dass es sich hierbei sehr wohl um ein nicht momentanes Erlahmen des Herzens handeln kann. Im Uebrigen ergaben Versuche, die in der Berliner Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde mit Strophantin (dargestellt durch Prof. Thoms-Berlin) angestellt sind, dass bei diesem unter ziemlich plötzlicher Blutdruckerniedrigung letal wirkenden Stoff subpleurale Ekchymosen vorhanden waren. Der rechte Ventrikel war ad maximum gefüllt, unfähig seinen Inhalt zu entleeren; die Lungen waren fast anämisch, das ziemlich schlaffe linke Herz bekam von den Lungen naturgemäss kein Blut mehr und enthielt nur wenig Blut — also ein Herztod — und doch waren, wie bemerkt, Ekchymosen unter der Pleura pulmonalis. Eines weiteren, für die Dignität der Ekchymosen als Zeichen des Erstickungstodes sehr in Betracht kommenden Umstandes gedenkt Strassmann in seinem Lehrbuch der gerichtlichen Medizin[2]), nämlich der älteren subpleuralen Ekchymosen, die sich gelegentlich bei Autopsien Erwachsener finden können, und die sich als nicht mehr aus Blutkörperchen, sondern aus Blutpigment bestehend erweisen.

Aus diesen Befunden geht jedenfalls hervor, dass nicht nur als eine Theilerscheinung des Erstickungstodes Ekchymosen auftreten können, sondern dass sie auch ein Produkt lediglich vitaler Zustände sein können, das unmöglich der Deutung als Zeichen des Erstickungstodes anheim fallen kann.

Wir haben vorstehend die Lehre von der Erstickung ganz so wiedergegeben, wie sie bis jetzt allgemein anerkannt ist, und wie sie auch praktisch fast allgemein von gerichtsärztlicher Seite Anwendung findet. Wir wollen diese Besprechung aber nicht beschliessen, ohne unserem prinzipiell abweichenden Standpunkte Ausdruck verliehen zu haben, der, wie wir gleichzeitig bemerken wollen, nicht allein der unserige ist, sondern der von massgebenden neueren gerichtlich-medizinischen Schriftstellern ersichtlich getheilt wird.

---

[1]) Die subpleuralen Ekchymosen und ihre Beziehung zur Erstickung. Vierteljahrsschrift für ger. Med. u. s. w. 1898, Heft II.

[2]) S. S. 217, Anm. 1.

Unsere Einwendungen betreffen zunächst die Definition der Erstickung. Wie eingangs hervorgehoben ist, versteht man unter Erstickung nicht nur die primäre mechanische Erstickung mit ihren Unterarten, sondern auch die sekundäre Erstickung in Folge mangelhafter Blutzufuhr zu dem Territorium des respiratorischen Gaswechsels in Folge Herzlähmung u. a. m. Wir unterlassen es, alle die verschiedenen Möglichkeiten aufzuzählen, die diese Bedingungen schaffen können, es würde zu weit führen; wir verweisen hierbei nur auf die der Abhandlung vorangestellte Erörterung. Aber, so fragen wir weiter: was bleibt dann überhaupt noch übrig? Welche Todesursache lässt sich dann bei dieser uferlosen Definition nicht unter der Rubrik Erstickung unterbringen? Aufhebung des respiratorischen Gaswechsels beendet stets wohl das Leben an erster oder letzter Stelle.

Vieles spricht für die Einheitlichkeit all der angeführten, zum Tode führenden Krankheitszustände: Zunächst die dem Tode vorangehenden Erstickungserscheinungen. Wie sie beim Zuklemmen der Trachea des Versuchsthieres sich abspielen, so treten sie gewiss auch ein bei den übrigen mechanischen Erstickungsarten, und auch, was bisher kaum in dieser Weise betont worden ist, beim Tode durch Herzlähmung, durch Verblutung u. a. Bezüglich der Verblutung sei nur an die »Verblutungskrämpfe« erinnert; und betreffs der Herzlähmung lehrt die Beobachtung am Krankenbett, wie auf das Aufhören des Herzschlages dyspnoische Athembewegungen oder konvulsive Zustände folgen. Die unter unserer Mitwirkung angestellten Versuche mit Strophantin, über welche A. Schulz ausführlich[1]) berichtet hat, zeigten weiter, dass, nachdem der Blutdruck auf 0 gesunken ist, Krämpfe, Athempause und terminale Athembewegungen eintreten. Für die Einheitlichkeit des Erstickungsbegriffes spricht auch der Leichenbefund. Mag die Zyanose auch nur bei nicht ganz akut verlaufenden Erstickungen besonders stark sein (die stärkste Zyanose, welche wir beobachten konnten, zeigten Fälle von kongenitalem Herzfehler mit sogenannter Blausucht und von gewaltsam Gestorbenen ein durch den Fahrstuhl gequetschter, an dem Vollzug der Athembewegungen verhinderter junger Mensch), mag das Blut auch nur bei ganz schnell ablaufenden Erstickungsfällen flüssig sein, bei langsam verlaufenden dagegen nicht, mag das Zustandekommen von Hyperämien der inneren Organe und der Ekchymosen an die verschiedensten Umstände geknüpft sein — bei einer grossen Anzahl Fällen von Erstickung in obigem Sinne werden wir auch den bis zu einem gewissen Grade typischen Leichenbefund erheben können. Wir erfahren dadurch aber nur, dass der Untersuchte an Erstickung d. h. Aufhebung des respiratorischen Gaswechsels gestorben ist; die erwähnten Erstickungserscheinungen und der Leichenbefund sind eben bis zu einem gewissen Grade allen Todesarten überhaupt gemein und die Diagnose „Er-

[1]) Vierteljahrsschrift für ger. Med. u. s. w.; Jahrg. 1899.

stickung", die uns im Gutachten entgegen klingt, besagt schliesslich weiter nichts, als dass der Untersuchte todt ist.

Wir sind demnach nicht in der Lage, den Erstickungsbefunden etwas Spezifisches zuzuerkennen, und glauben weiter, dass es ganz diesen Verhältnissen entspricht, wenn Strassmann vorschlägt, an Stelle des Gutachtens: »der p. N. ist an Erstickung gestorben; eine Ursache der Erstickung hat die Sektion nicht ergeben« — zu sagen: »Die Sektion hat eine bestimmte Todesursache nicht ergeben.«

In seiner bekannten Arbeit »Zur Lehre vom Erstickungstode« hat Skrzeczka[1]) die Alternative aufgestellt, entweder den Begriff Erstickung ganz weit zu fassen, aber durch spezielle Formulirung des Gutachtens der Diagnose eine bestimmte Richtung zu geben, oder aber Erstickung nur zu diagnostiziren, wenn wir neben den sogenannten Zeichen des Erstickungstodes die Einwirkung einer erstickenden Ursache feststellen können. Wenn wir nun nicht in der Lage sind, den Zeichen des Erstickungstodes eine Spezifität zu konzediren, so müssen wir erstens: den Begriff der Erstickung thatsächlich auf den Abschluss der atmosphärischen Luft in irgend einer Form begrenzen, und zweitens: der Kenntniss dieser abschliessenden Ursachen (inneren und äusseren), ihrer vitalen Reaktion u. s. w. unsere ganz besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Sind wir uns über diese im Klaren, dann werden wir auch entsprechend dem Sprachgebrauch diejenige Todesart Erstickung nennen können und dürfen, die wirklich durch Abschluss der athembaren Luft zum Exitus geführt hat. Wenn wir aber weiter überdies die bekannten sogenannten Zeichen des Erstickungstodes antreffen, so gilt von ihnen das, was Brouardel von den Hyperämien sagt (Pendaison p. 17 ff.): »Notez le fait, et ne tirez pas de cette congestion des conclusions sans rapport avec sa valeur réelle« — und von den Ekchymosen: »Signalez-les, interprétez leur valeur, mais n'en faites jamais un signe pathognomique: vous n'en avez pas le droit.«

b) Tod durch Erhängen.

Unter Erhängen versteht man den Tod durch Umschnürung der Luftwege am Halse vermittelst eines Stranges oder strangartigen Werkzeuges, wobei der Abschluss der Luft durch die eigene Schwere des Körpers vermittelt wird. Als Strangwerkzeuge können die verschiedensten Gegenstände dienen; Bindfäden, Zuckerschnüre, Waschleinen, Tücher verschiedenster Dicke, Draht sind dazu genommen worden; sie alle genügen zur Erfüllung des Zweckes vollkommen. Es ist auch keine vollkommene zirkuläre Umschnürung des Halses erforderlich, wie solche durch eine sogenannte laufende Schlinge zu Stande

[1]) Vierteljahrsschrift für ger. Med. u. s. w.; Jahrg. 1867.

kommt, sondern es genügt eine einfache offene Schlinge; auch achtertourenartig kann das Strangwerkzeug um den Hals gelegt werden, wobei dann natürlich doch eine zirkuläre Umschliessung erfolgt, ebenso wie wenn das Strangwerkzeug mehrfach um den Hals gewickelt wird.

Am vollkommensten wird die Abschnürung der Luft durch die Schwere des Körpers erreicht, wenn der Körper frei an dem Strangulationsbande aufgehängt ist, sodass er mit den Füssen nicht den Boden berührt. Letzteres ist jedoch nicht nöthig. Im Gegentheil wird die Mehrzahl der Erhängungen so bewirkt, dass mehr oder weniger grosse Abschnitte des Körpers den Boden berühren. Es können demgemäss Erhängungen in ganz niedrigen Räumen vollzogen werden, während der Körper sich in fast horizontaler Lage befindet; denn es kommt eben nur darauf an, dass das Strangwerkzeug die Vorderseite des Halses umschnürt und hier gewisse Unterbrechungen der Lebensvorgänge bewirkt. Es ist daher ein vollkommener Irrthum, anzunehmen, dass Jemand sich nicht erhängen kann, oder dass es gegen die Annahme eines Selbstmordes spricht, wenn er mit den Füssen den Boden berührend aufgefunden wird.

Die **Erscheinungen des Erhängungstodes** zerfallen in zwei Gruppen. Den Beginn sämmtlicher Erscheinungen bildet nämlich die Bewusstlosigkeit, welche so plötzlich eintritt, so momentan mit dem Akte der Suspension zusammenfällt, dass wir hier nicht eine Erscheinung des Erstickens, sondern einen anderweitigen Prozess vor uns haben. Diese Bewusstlosigkeit dokumentirt sich einestheils darin, dass noch nie, wie wir es bei so vielen anderen Selbstmordarten sehen, nach dem Beginn der Erhängung ein Selbstrettungsversuch unternommen worden ist, sondern dass vielmehr stets die Bewusstlosigkeit die Serie der eigentlichen Erstickungserscheinungen eröffnet hat. Ja, auch wenn ein Selbstmordversuch simulirt werden sollte, und alle möglichen Vorsichtsmassregeln getroffen waren, trat doch die Bewusstlosigkeit ein und die Erstickungserscheinungen folgten unfehlbar. Zweitens illustrirt den momentanen Eintritt der Bewusstlosigkeit, dass wieder ins Leben zurückgerufene Selbstmörder für den Fall eines Ausbleibens der sogenannten retrograden Amnesie eben just bis zum Momente der Suspension sich an das zu erinnern vermochten, was vorangegangen war.

Der Bewusstlosigkeit schliessen sich die eigentlichen Erstickungserscheinungen: Dyspnoe, Konvulsionen, Athempause, terminale Athembewegungen an, bis schliesslich der Exitus eingetreten ist.

Die anatomische Grundlage für die Bewusstlosigkeit bildet die momentane Ausschaltung des Gehirns aus der Zirkulation. Wirkt das Strangwerkzeug zirkulär den Hals umschnürend ein, dann werden alle vier Hirnarterien, die Karotiden und die Vertebrales in ihrer Kontinuität unterbrochen, der Blutgehalt, der im Gehirn ist, wird durch das Strangwerkzeug fixirt und das Gehirn momentan ausser Ernährung gesetzt; es reagirt darauf durch sofortige Bewusstlosigkeit. Die Abschnürung der

Karotiden bedarf keiner weiteren Erläuterung, zumal wenn wir annehmen, dass die Suspension von hinten her erfolgt, dagegen leuchtet die Annahme einer Unterbrechung des Vertebralisverlaufes nicht ohne Weiteres ein. Untersuchungen, welche Haberda über diesen Punkt angestellt hat, ergaben jedoch, dass zwischen dem 1. und 2. Halswirbel der Zwischenwirbelkanal, in welchem die Vertebrales verlaufen, eine kurze Strecke eine Unterbrechung erfährt, dergestalt, dass sich Weichtheile zwischen die Wirbelbögen dazwischenschieben; hier hat also das Strangulationswerkzeug Gelegenheit, die Weichtheile zu komprimiren und auch die Vertebrales ihrer Durchgängigkeit zu berauben. Bei einer offenen Schlinge wird zwar der Mechanismus der Abschnürung der Vertebrales kein so vollkommener zu sein brauchen, aber die Blutmengen, welche durch die Karotiden und durch die Vertebrales dem Gehirn zugeführt werden, stehen einerseits in einem solchen Verhältniss zu einander, dass eine erhebliche Aenderung in dem geschilderten Mechanismus nicht eintritt, und dann versorgen ja die Karotiden die vorderen, wichtigeren Abschnitte des Gehirns; eine Versorgung derselben durch die Vertebrales in stellvertretender Weise lässt sich theoretisch nicht konstruiren.

Die eigentlichen Erstickungserscheinungen werden eingeleitet durch den Abschluss der oberen Luftwege; derselbe findet in der Regel zwischen Zungenbein und Schildknorpel in der Weise statt, dass die Gegend des Ligamentum thyreohyoideum gegen die Wirbelsäule gepresst wird und so einen vollkommenen Luftabschluss zu Stande bringt. Ausser diesem wichtigsten Abschnitt des Halses werden auch noch andere Organe in mehr oder weniger erheblicher Weise durch das Strangwerkzeug komprimirt: die Haut, die Muskeln und vor allem auch die Vagi, welche sowohl direkt als auch vom Laryngeus superior her durch die Kompression beeinflusst werden. Ihre Zusammenpressung wirkt zunächst verlangsamend auf die Herzthätigkeit, der Rhythmus wird aber sehr bald beschleunigt, bis schliesslich Aufhören der Herzthätigkeit und der Tod erfolgt. Jedenfalls ist das festzuhalten, dass wir beim Erhängen nicht eine Erstickung in optima forma, sondern eine kombinirte Todesart vor uns haben.

Komplizirt kann nun der Erhängungstod noch durch verschiedene andere Momente werden. Es ist möglich, dass das Strangwerkzeug nicht zwischen Zungenbein und Schildknorpel einwirkt, sondern tiefer auf den Kehlkopf selbst. Dies wird begünstigt durch Hindernisse, welche ein Emporrutschen desselben hindern; ein langer Bart genügt dazu, auch ein Halstuch, desgleichen Tumoren, welche in der Gegend der Kieferwinkel ihren Sitz haben. In diesem Falle wird entweder eine Fraktur des Kehlkopfes oder nur ein unvollkommener Verschluss der Luftwege die Folge sein. Die Asphyxie wird so verlängert, aber der Erfolg ist schliesslich doch der gleiche, tödtliche. Dasselbe ist der Fall bei dem Erhängen eines tracheotomirten Menschen, wobei die Tracheotomie-Wunde unterhalb des Strangwerkzeuges lag. (Ein derartiger Fall ist sicher beobach-

tet.) Die beiden erwähnten Modifikationen des Erhängens gehören eigentlich gar nicht unter diese Rubrik; sie bilden eine besondere Todesart für sich, welche dadurch charakterisirt ist, dass das Gehirn über Gebühr lange seines Blutzuflusses beraubt wird.

Dass Leute, welche einen Selbstmordversuch durch Erhängen gemacht haben, wieder belebt werden können, ist eine bekannte Thatsache. Die Erscheinungen an derartigen Individuen sind einmal allgemeiner Natur: Benommenheit, Lähmungen, besonders der Sphinkteren und retrograde Amnesie, die sich auf eine gewisse Zeit vor dem Erhängungsversuch zurückerstrecken kann, und anderseits lokale: in erster Linie durch die Strangmarke repräsentirte.

Dass auch durch den Strang Hingerichtete nach der Herunternahme vom Galgen, obwohl der Tod eingetreten schien, Erscheinungen von zweifellosem Leben dargeboten haben, sei ebenfalls der Kuriosität halber erwähnt. Ein solcher Fall ereignete sich in Raab, wo der betreffende, elf Minuten suspendirt gewesene Delinquent zweiundzwanzig Stunden nach seiner Erhängung unter den Erscheinungen einer Lungenkongestion starb. Bei ihm bildeten Drüsen am Halse die Ursache der unvollkommenen Erhängung. Ein zweiter Fall wurde in Boston beobachtet. Der Delinquent war 25 Minuten suspendirt, er schien todt; vor der Sektion, welche unmittelbar angeschlossen werden sollte, ergab sich aber, dass das Herz schlug. Die sezierenden Aerzte besassen die Geschmacklosigkeit, um keinen stärkeren Ausdruck zu gebrauchen, nichtsdestoweniger die Thoraxhöhle zu eröffnen; nach drei Stunden hörte das Herz endlich auf zu schlagen. Zum Glück sind derartige Beobachtungen selten.

Der Leichenbefund. Die äussere Besichtigung kann beim Erhängungstode zunächst eine Verschiedenheit der Lage der Todtenflecke erkennen lassen, wenn die Leiche längere Zeit suspendirt gewesen ist. Wurde das betreffende Individuum kurz nach der Suspension abgeschnitten, so entwickeln sich die Todtenflecke an den üblichen Stellen; blieb es dagegen einige Stunden hängen, so findet man, zunächst natürlich spärlich, bei einer Suspension von sechs Stunden und darüber aber schon deutlich Todtenflecke in den Beinen und Armen, nach oben zu an Intensität abnehmend. Die Todtenflecke der Beine sind häufig mit Ekchymosen vergesellschaftet; diese entstehen durch den Druck der Blutsäule auf die zarten Gefässwandungen, also allein durch die Hypostase.

Ein anderer Befund, welcher gar nicht selten angetroffen wird, ist das Vorhandensein eines zyanotischen Gesichts mit Ekchymosen, insbesondere mit Konjunktivalblutungen. Die Gesichtshautblutungen können dann abwärts bis zur Strangmarke reichen. v. Hofmann bringt diese Hyperämie des Gesichts in Beziehung zu einer asymmetrischen Lage des Strickes, die es ermöglichte, dass doch während der Suspension durch eine der Karotiden Blut ins Gehirn gelangen konnte. In der That findet man auch häufig, aber nicht immer ein derartiges

Zusammentreffen von Asymmetrie der Strangmarke und von Gesichtszyanose.

Zuweilen ist auch die Zunge vorgelagert und zwischen den Zähnen eingeklemmt; wir haben hier ein rein mechanisches Phänomen vor uns, erzeugt dadurch, dass das Zungenbein mit der Zungenmuskulatur emporgedrückt und so die Zunge aus dem Mund herausgedrängt wurde.

Ueber den Befund von Sperma ist bereits oben gesprochen. Bei etwa 12 Selbstmördern, die wir kurz nach der Suspension zu sehen Gelegenheit hatten, vermissten wir die Ejakulation in keinem Falle. Beobachtungen an erhängten Verbrechern aus unseren afrikanischen Kolonien beweisen, dass auch zuweilen eine Erektion eintreten kann; in einem einzigen Falle sahen wir an einer etwa 24 Stunden alten Leiche eines Erhängten deutliche Erektion.

Was nun die Strangmarke selbst betrifft, so kann diese symmetrisch oder asymmetrisch sein. Symmetrisch nennen wir sie, wenn höchster und tiefster Punkt von ihr in der Mittellinie des Körpers liegen, asymmetrisch, wenn dies nicht der Fall ist. Wir sprechen weiter von typischem und atypischem Erhängen; ist die Befestigung des Strangulationswerkzeuges am Nacken erfolgt, so liegt typisches, bei ihrer Befestigung an anderen Stellen dagegen atypisches Erhängen vor.

Die Marke kann verschieden breit und tief, kontinuirlich oder diskontinuirlich verlaufen, d. h. die nachstehenden Eigenschaften in ihrem ganzen Verlaufe oder nur stellenweise aufweisen. Durch die Kompression der Epidermis während der Suspension tritt nämlich eine Verdunstung der Feuchtigkeit der Lederhaut ein; es bedarf dazu keiner Abschindung der Epidermis durch das Strangwerkzeug, vielmehr genügt eine einfache Kompression mit Verschwinden der Niveauunterschide im Papillarkörper. Der Effekt der dadurch bedingten Verdunstung der Lederhautfeuchtigkeit, der um so eher eintritt, je dünner und härter das Strangwerkzeug ist, äussert sich dann als trockene Marke. War dagegen die Läsion der Oberhaut keine erhebliche, so erfolgt jene Verdunstung nicht; es liegt dann eine sogenannte einfache anämische Marke vor.

Bei einfacher Umlegung des Strangwerkzeuges um den Hals ist die Marke einfach, bei mehreren Touren mehrfach. In diesem Falle ist stets die zwischen den einzelnen Touren befindliche Haut zu berücksichtigen; dieselbe ist häufig geröthet oder mit Ekchymosen bedeckt, zuweilen erscheint sie auch komprimirt und vertrocknet. Eine derartige Hautpartie zwischen zwei Touren wird Zwischenkamm genannt.

In der Gegend der Strangmarke können sich auch Verletzungen vorfinden, die dadurch hervorgerufen sind, dass der Erhängte seinen Finger in das Strangwerkzeug hineinlegte und nunmehr mit den Fingernägeln kratzwundenartige Verletzungen an seiner eigenen Haut erzeugte. Auch Schmuckgegenstände wie Korallenketten oder Hemdenknöpfe können Marken mit Verletzungen verursachen.

Dass Marken verschwinden können, erscheint nach Beobachtungen, die v. Hofmann gemacht hat, und die wir auf

Grund eigener Experimente ebenfalls zu bestätigen in der Lage sind, unzweifelhaft; es ist hierzu jedoch die Vorbedingung nothwendig, dass die Marke nicht lederartig, sondern eine einfache gewesen ist, so dass die Fäulniss eine Aenderung der Blutvertheilung bewirken konnte.

Gelegentlich kann auch einmal bei einem breiten Würgbande und bei ganz kurz dauernder Suspension eine Strangmarke fehlen. Wichtig ist endlich noch, dass Strangmarken vorgetäuscht werden können, einmal durch natürliche Hautfalten, und zweitens durch Druck des Hemdenkragens oder anderer Kleidungsstücke. Bezüglich der ersteren Kategorie von Pseudomarken sei darauf hingewiesen, dass sie namentlich bei Kindern beobachtet werden und dass ein Zurückbringen des Kopfes in die natürliche Lage mühelos diese Marken als das erscheinen lässt, was sie sind, nämlich als natürliche Hautfalten.

Innerer Befund. Die allgemeinen Erscheinungen entsprechen denjenigen beim Erstickungstode, über die bereits das Notwendigste vorher gesagt ist; sie treten in ihrer Wichtigkeit hinter den durch die Einwirkung des Strangwerkzeuges bedingten lokalen Erscheinungen erheblich zurück. Das Unterhaut-Fettgewebe unterhalb des Strangwerkzeuges zeigt im allgemeinen keine Veränderungen; es finden sich wohl hie und da in seltenen Fällen kleine Blutungen, aber eben weil das Strangwerkzeug die Haut komprimirt, also anämisch gemacht hat, ist dies ein seltener Befund. Ebenso ist der Befund von Blutergüssen in die Umgebung der Halsmuskeln kein häufiger; auch Blutergüsse in Folge von Rupturen der Halsmuskeln sind selten. Uebrigens können solche Rupturen auch künstlich erzeugt werden, indem man das Kinn der todtenstarren Leiche kräftig nach aufwärts, den Hinterkopf kräftig nach abwärts zieht; der Befund von Blutergüssen in den rupturirten Partieen wird dann ein Fingerzeig dafür sein, ob es sich um eine artefizielle oder durch die Erhängung bedingte Ruptur handelt.

Von hervorragender Wichtigkeit sind die Veränderungen des Kehlkopfs: Durch das Strangulationsband wird in der Regel das Ligamentum hyothyreoideum kräftig gegen die Wirbelsäule gedrückt; durch den Zug, den dieses Band ausübt, werden einerseits die Spitzen des Zungenbeines nach abwärts und die oberen Schildknorpelfortsätze nach aufwärts gezogen, dergestalt, dass eine Fraktur entsteht; an der Frakturstelle findet man dann häufig einen Bluterguss von nicht sehr erheblicher Ausdehnung. Dieser Mechanismus hat jedoch nicht immer eine Fraktur sämmtlicher 4 genannter Knorpel zur Folge, sondern häufig brechen nur die Schildknorpelfortsätze, in der Regel sogar nur einer derselben. Tod durch Erhängen ohne Kehlkopffraktur beobachteten wir in etwa 50% aller Fälle. Hat das Strangulationsband nicht an der typischen Stelle, sondern tiefer gesessen, und den Schild- oder Ringknorpel komprimirt, so können Frakturen an diesen Stellen die Folge sein; es sei aber ausdrücklich hervorgehoben, dass diese Frakturen beim Er-

hängungstode zu den grössten Seltenheiten gehören. Ebenso selten ist eine Ruptur der Kehlkopfschleimhaut beim Erhängungstode; wir sahen einmal Ruptur einer Plica aryepiglottica mit starkem Oedem des betroffenen Gewebes nach einem vergeblichen Erhängungsversuch.

Gar nicht so selten sind dagegen Querrisse der Intima der grossen Halsschlagader, die gewöhnlich 1—2 cm unterhalb der Gabelung der Karotiden sitzen. Sie sind stets quer gestellt, betreffen nie die ganze Zirkumferenz der Innenhaut, sind in der Regel isolirt, zuweilen auch multipel, häufig ein-, seltener doppelseitig. Auch Rupturen der Drosselvenen kommen vor; ein solcher Fall ist von uns einmal beobachtet, bei dem sich mehrfache kleine, quer gestellte Einrisse an der Innenhaut der Jugulares fanden neben Karotidenrissen und Blutungen in die Scheide der grossen Halsgefässe an der betreffenden Stelle. In der Litteratur konnten wir einen anderen hierher gehörigen Fall nicht auffinden.

Ob die Nervi vagi durch das Strangwerkzeug eine anatomische Läsion erfahren, steht dahin; ausgeschlossen ist dies nicht, um so weniger, wenn es sich um dünne, tief einschneidende Strankwerkzeuge handelt.

Eine von Brouardel betonte Erscheinung des Erhängungstodes ist die retropharyngeale Blutung; wir konnten dieselbe bis jetzt erst in einem einzigen Falle nachweisen.

Ob Veränderungen an der Wirbelsäule durch das Strangwerkzeug bewirkt werden, hängt von der Art des Erhängens ab. Geschieht dies nämlich in der Weise, dass der Todeskandidat mit der Schlinge um den Hals aus einer mehr oder weniger bedeutenden Höhe herabstürzt, wie es bei Hinrichtungen der Fall zu sein pflegt, so erleidet durch den ganz erheblichen Zug die Wirbelsäule an der Stelle der Einwirkung des Strangulationsbandes eine Zerrung, die zur Diastase der Halswirbel oder zur Wirbelfraktur führen kann. Bei Selbstmördern, welche einfachere Prozeduren vorziehen, gehört ein derartiger Befund daher zu den Seltenheiten.

Selbstmord, Mord oder Unglücksfall. Ein erhängtes erwachsenes Individuum wird, wenn nicht besondere Umstände vorhanden sind, ein Selbstmörder sein; denn es ist ausserordentlich schwer, einen erwachsenen Menschen ohne dessen Willen zu erhängen. Handelt es sich also um Mord, so werden sich stets Kampfesspuren nachweisen lassen, es sei denn, dass Erhängen eines bewusstlosen Individuums vorliegt, oder dass ein starkes Missverhältniss der Kräfte vorhanden war. Fälle dieser Art sind besonders beobachtet, wenn die Angehörigen ganzer Familien gemeinsam durch Erhängen endeten. Kinder können mehr oder weniger leicht erhängt werden, und dem Mord der Kinder ist dann gar nicht so selten der Selbstmord des betreffenden Vaters oder der Mutter gefolgt. Auch durch Unglücksfall kann einmal Tod durch Erhängen eintreten, z. B., wenn Kinder Erhängen spielen, wie es vereinzelt vorkommt. Bekannt ist auch der Fall, in welchem ein Kind an einer Schnur ein Gewicht am Halse trug und damit im Zimmer herumging;

das Gewicht war nach hinten gerutscht und bewirkte schliesslich durch seine Schwere eine Strangulation.

Die Beobachtung, dass neben den Erscheinungen des Erhängungstodes auch noch anderweitige Körperverletzungen sich vorfinden, wird häufiger gemacht. Es kann sich hier einesteils um Verletzungen handeln, die mit dem Erhängungstode in einem gewissen Zusammenhang stehen, anderseits um solche, die als Effekte anderweitiger Selbstmordversuche anzusehen sind, oder endlich um postmortales Erhängen, das von dem betreffenden Mörder inszenirt worden ist, um die Spur des vorher vollzogenen Mordes zu verdecken und einen Selbstmord vorzutäuschen.

Verletzungen, welche mit dem Erhängen in einem gewissen Zusammenhang stehen, können beim Zuschneiden des Strickes, beim Herunterfallen, nachdem der erste Selbstmordversuch vergebens gewesen war, und auf ähnliche Art entstanden sein. Beim Zuschneiden des Strickes wird sich der Selbstmörder in die Hände schneiden; beim Herunterfallen in Folge Fehlschlagens des Selbstmordversuches sind die Verletzungen verschieden, je nachdem der Selbstmörder auf den Kopf, auf die Brust oder auf das untere Körperende auffällt; man kann dann Schädelfrakturen, Brustbeinfrakturen oder Beinbrüche finden. Weiter ist auch eine postmortale Entstehung von Verletzungen möglich, wenn z. B. die Leiche abgeschnitten wird und in sich zusammenfällt. Die Entscheidung, ob es sich um vitale oder postmortale Verletzungen handelt, lässt sich einerseits aus der genauen Erforschung der Vorgänge, anderseits aus der Natur der betreffenden Verletzung selbst, ihrer vitalen Reaktion u. s. w. treffen, unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Hypostase der Beine z. B. einen nicht unerheblichen Bluterguss um eine Unterschenkelfraktur postmortal erzeugen kann.

Dass ein Selbstmörder sich erst die Pulsadern oder den Hals durchschneidet, oder sich einen Schädelschuss beizubringen sucht und anderes mehr, bevor er sich erhängt, wird gar nicht so besonders selten beobachtet; wir verweisen hier auf das vorher betreffs der Konkurrenz der Todesursachen Gesagte (s. S. 140). Sicher ist jedenfalls, dass das Erhängen eine Manipulation ist, bei welcher der Tod schneller als bei den meisten anderen gewaltsamen Todesarten eintritt.

Von grossem forensischen Interesse ist endlich die Frage, ob Jemand als Leiche aufgehängt wurde. Um diese Frage zu entscheiden, wird man zunächst festzustellen suchen, ob sich ausser der Strangmarke noch andere auf einen gewaltsamen Eingriff hindeutende Gewalteinwirkungen oder sonst den Tod erklärende Veränderungen nachweisen lassen. Ist dies der Fall, so liegt die Annahme nahe, dass es sich um postmortales Erhängen handelt. Ausserdem giebt auch die Betrachtung der Strangmarke gewisse Fingerzeige für die Entscheidung der vorliegenden Frage. Ist das Gesicht der Leiche erheblich zyanotisch, sodass es durch seine Farbe, die genau mit der Strangmarke abschneidet, von der Farbe der vorderen Körperfläche kontrastirt, so ist dies

ein sehr wichtiges, die vitale Suspension erweisendes Merkmal. Besteht ein breiter stark gerötheter Zwischenkamm an der Vorderseite des Körpers innerhalb blasser Haut, so spricht dies ebenso für vitales Erhängen wie ein gerötheter, besonders breiter Zwischenkamm innerhalb hypostatischer Haut; in beiden Fällen muss aber mikroskopisch der Nachweis erbracht werden, dass das Gewebe des Zwischenkammes hyperämisch und hämorrhagisch beschaffen ist. Für eine vitale Entstehung der Marke sprechen ferner grössere, mit geronnenem Blut gefüllte Gefässe, welche makroskopisch sichtbar vorn in blasser Haut von unten nach oben unter der Marke hinweg, bei doppelter Marke in den breiten Zwischenkamm hinein verlaufen; behufs makroskopischer Feststellung dieses Befundes ist die exzidirte Marke in Alkohol 10—14 Tage lang zu härten und alsdann durch Xylol aufzuhellen (Schulz'sches Zeichen). Dass Blutungen im Bereich von Muskelrupturen, in die Karotidenscheide im Bereich von Karotisrupturen, in die Bruchstelle von Kehlkopfbrüchen ein wichtiges vitales Zeichen sind, versteht sich von selbst; es ist nur erforderlich, dass diese Blutungen ausserhalb des Bereiches der Hypostase liegen, und dass sie auch makroskopisch als wirkliche Blutung imponiren.

c. Tod durch Erdrosseln.

Während beim Tode durch Erhängen der Effekt des Strangwerkzeuges durch die Schwere des eigenen Körpers bewirkt wird, erfolgt bei der Erdrosselung die Konstriktion durch anderweitige, eigene oder fremde Kräfte. Am einfachsten ist der Mechanismus des Erdrosselns, wenn die Hand des Mörders den Hals durch ein Strangwerkzeug zusammenschnürt, oder wenn das Strangwerkzeug durch einen Knebel in selbstmörderischer Absicht allmählich zur Konstriktion gebracht wird. Auch dadurch, dass ein Selbstmörder, den Kopf in einer festgebundenen Schlinge haltend und sich auf dem Boden entlang schiebend eine Zusammenschnürung des Strangwerkzeuges zu erzielen sucht, kann der Mechanismus des Erdrosselns zu Stande kommen. Selbstmord durch Erdrosseln ist somit zwar möglich, indessen sehr selten, häufiger wird Mord durch Erdrosseln beobachtet. Bekannt ist ferner die Garrotte, das in Spanien übliche Hinrichtungsinstrument, bei dem die Justifikation durch Erdrosseln erfolgt.

Die Erscheinungen des Erdrosselungstodes bieten insofern eine Verschiedenheit von dem Erhängungstode dar, als der Abschluss der Karotiden und der Abschluss der Luftwege nicht so momentan erfolgt, wie bei jenem. Die Aufeinanderfolge der einzelnen Erscheinungen ist deshalb eine protahirtere, d. h. Dyspnoe, Konvulsionen, Athempause und terminale Athembewegungen sind zwar auch hier vorhanden, doch ist namentlich das Stadium der Dyspnoe gegenüber dem Erhängungstode wesentlich verlängert.

Sektionsbefund: Als Ausdruck der länger hingezogenen Asphyxie findet man bei Erdrosselten häufig eine

ausserordentlich starke Zyanose, welche nicht selten nur den Kopf bis zum Strangwerkzeug in Mitleidenschaft gezogen hat. Ausserdem fehlen auch Ekchymosen nicht. Die Marke ist je nach dem Strangwerkzeug verschieden und bietet, wenigstens in den typischen Fällen, insofern etwas Charakteristisches, als sie in horizontaler Richtung, nirgends ansteigend, um den Hals herumläuft. Da, wie vorher ausgeführt ist, bei manchen Fällen von Erhängen, namentlich wenn der Suspensionspunkt sich wenig über der Erde befand, die Strangmarke auch horizontal verlaufen kann, so sind solche Fälle differentiell diagnostisch sehr schwer zu deuten, falls z. B. der Verdacht vorliegt, dass eine stattgehabte Erdrosselung durch eine postmortale Erhängung hat verdeckt werden sollen. Auch die übrigen Befunde beim Erdrosselungstode: Lungenödem, interstitielles Lungenemphysem, sind nicht so eindeutig, dass sie nur auf den Tod durch Erdrosselung bezogen werden können; um so mehr wird man daher bei derartigen fraglichen Fällen ganz besonders scharf auf anderweitige durch den Mörder zugefügte Verletzungen fahnden müssen; denn erfahrungsgemäss begnügt sich der Mörder meist nicht damit, seinem Opfer einfach den Hals zuzuschnüren, sondern er versucht oft erst, es zu würgen, oder er versucht, ihm den Schädel einzuschlagen oder andere tödtliche Verletzungen beizubringen. Derartige Verletzungen schliessen im Allgemeinen einen Selbstmord aus und berechtigen zu der Annahme, dass ein Mord vorliegt.

d. Tod durch Erwürgen.

Unter Erwürgen versteht man Kompression der Vordertheile des Halses, insbesondere des Kehlkopfes, durch die Hand. Es ist bemerkenswerth, dass eine solche Kompression des Kehlkopfes ausserordentlich leicht erfolgen kann; denn die kleine Stimmritze lässt sich, namentlich bei einem knorpeligen, nachgiebigen Kehlkopf, sehr leicht durch Druck von der Seite her oder durch sagittalen Druck gegen die Wirbelsäule oder durch eine Kombination des seitlichen und des sagittalen Druckes zum Verschluss bringen. Uebrigens kann reflektorisch durch mechanische Reizung des Laryngeus superior Schluss der Stimmritze und dadurch Athemstillstand eintreten.

Die Erscheinungen des Erwürgungstodes können zweifacher Art sein: entweder liegt reiner Erstickungstod vor, oder das Erwürgen ist komplizirt durch anderweitige Gewaltanwendung, wie Niederwerfen des Opfers, Knieen auf demselben u. s. w. Ersteres verdient besonders hervorgehoben zu werden, weil beim Erwürgen im Gegensatz zum Erhängen und Erdrosseln eine Kompression der Halsarterien nicht stattfindet.

Bei der Sektion sind besonders die lokalen Erscheinungen am Halse, die Würgspuren in's Auge zu fassen. Dieselben stellen Exkoriationen dar, die in typischen Fällen mondsichelförmig gestaltet sind, über einander in der Längsrichtung des Körpers liegen, und in deren Unterhaut-Fettgewebe sich in der Regel Blutergüsse vorfinden. Häufig sind die Würgspuren aber unregelmässig angeordnet, sobald der Mörder mehr-

mals zugegriffen hat; die Haut ist dann stellenweise in grösserer Ausdehnung ihrer Epidermisdecke beraubt und zeigt unregelmässigere, breitere Vertrocknungen. In typischen Fällen findet sich die Hauptmasse der Würgspuren auf der linken Seite des Halses, da der Rechtshänder natürlich mit dem Daumen auf die rechte, mit den vier Fingern auf die linke Seite des Halses zugreift; ein umgekehrtes Verhältniss kann unter Umständen für die Entdeckung des Mörders (Linkshänder) von Wichtigkeit sein. Von grosser Bedeutung sind weiter die Verletzungen des Kehlkopfes, der den hauptsächlichsten Angriffspunkt bildet und, wenn er bereits etwas verknöchert war, zu zerbrechen pflegt. Es werden daher Schild- und Ringknorpelfrakturen der verschiedensten Art beobachtet, in der Regel auch Blutergüsse unter die Kehlkopfschleimhaut; dass auch Blutungen in andere Theile des Halses, z. B. in die Muskulatur, die Gefässscheide u. s. w. erfolgen können, versteht sich von selbst.

Tod durch Erwürgen ist stets durch Mord bedingt; die Ausnahme bestätigt indess auch hier die Regel, wenigstens ist ein Fall von Selbstmord durch Erwürgen bei einer geisteskranken Person beobachtet. Hier war nach der eingetretenen Bewusstlosigkeit durch die eigenthümliche Stellung der Selbstmörderin die Haltung der Hände dergestalt fixirt, dass der gewünschte Effekt eintreten konnte, während sonst die Bewusstlosigkeit die Kompression der Hände aufhören lassen und so den Eintritt des Todes vereiteln wird.

e. Tod durch Ertrinken.

Unter Ertrinken versteht man den Abschluss der Luft durch ein flüssiges Medium; die Flüssigkeit kann Wasser, aber ebenso gut Abortinhalt von mehr breiiger Konsistenz und anderes sein. Die Eigenartigkeit des luftabschliessenden Mediums bringt es mit sich, dass ein Theil desselben in die Athemwege des ertrinkenden Individuums hineingelangt und dort eigenthümliche Reaktionserscheinungen hervorruft.

Die klinischen Erscheinungen des Ertrinkungstodes unterscheiden sich dadurch von denen des Erstickungstodes, dass hier gewissermassen ein Vorspiel erfolgt, bevor die eigentliche Szene der Erstickungserscheinungen beginnt. Dieses Vorstadium besteht in einer „respiration de surprise" und ist gefolgt von einem reflektorischen Athemstillstand; dann beginnt die Dyspnoe, hierauf folgen die Konvulsionen, danach die Athempause und endlich die terminalen Athembewegungen. In jedem dieser Stadien kann der Tod erfolgen; tritt dieser aber vor dem Beginn der terminalen Athembewegungen ein, so handelt es sich um keinen typischen Ertrinkungstod. Erst die terminalen Athembewegungen geben dem Ertrinkungstode das Charakteristische dadurch, dass in diesem Stadium eine grosse Menge der Ertrinkungsflüssigkeit bei vollkommen aufgehobenem Bewusstsein aspirirt wird.

Es ist bekannt, dass Individuen, welche vor Eintritt des Todes aus dem Wasser gezogen sind, wieder ins Leben zurück-

gerufen werden können, auch wenn bereits Bewusstlosigkeit eingetreten und eine gewisse Menge der Ertrinkungsflüssigkeit in die Lungen gelangt war. Ob hierdurch weitere Schädigungen des Organismus entstehen können, wird davon abhängen, ob korpuskuläre Elemente in die Lungen gelangt sind, welche eine Aspirationspneumonie im Gefolge haben und so sekundär zum Tode Veranlassung geben können.

Bei der Betrachtung der Leichenerscheinungen unterscheiden wir streng zwischen den durch das Ertrinken und den durch das Wasser hervorgerufenen Veränderungen. Das schnelle Erkalten der Wasserleiche hat keine gerichtsärztliche Bedeutung; Gänsehaut findet sich bei allen anderen Todesarten gerade ebenso gut wie bei Ertrunkenen. Die sogenannten Erstickungserscheinungen: die flüssige Beschaffenheit des Blutes, die Ueberfüllung des rechten Herzens mit Blut und die Hyperämie der Lungen haben ebenfalls für die Diagnose des Ertrinkungstodes keine massgebende Bedeutung.

Wichtig ist dagegen der Befund an den Lungen. Betrachtet man die Leiche eines Ertrunkenen, so wird man häufig über seinem Munde bereits den Schaumpilz finden, den „Champignon d'écume", der darauf hindeutet, dass in den Luftwegen ein erhebliches Plus an Flüssigkeit vorhanden ist. Kehlkopf und Luftröhre sind mit feinblasigem Schaum bedeckt und die Lungen ballonirt; sie zeigen Hypervolumen und nach Eröffnung der Brusthöhle stark verminderte Retraktionsfähigkeit, die in sehr ausgesprochenen Fällen ganz aufgehoben sein kann. An den Pleura-Ueberzügen der Lungen findet man Ekchymosen, welche die Besonderheit darbieten können, dass sie wie verwaschen aussehen. Ferner zeigt sich auf dem Durchschnitt der Lungen reichlich Feuchtigkeit, bedingt einerseits durch Lungenödem, anderseits durch Eindringen der Ertrinkungsflüssigkeit bis in die feinsten Bronchen und bis in die Alveolen. Ausser dieser stärkeren Durchfeuchtung oder vielleicht wegen derselben ist auch wirkliche Hyperaerie vorhanden; die Luft hat eben wegen der Ausfüllung der Luftröhrenäste mit Flüssigkeit nicht entweichen können, sondern ist innerhalb des Organs fixirt worden. Ist der Tod nicht durch Ertrinken in Wasser, sondern in anderen flüssigen Massen, z. B. Abortflüssigkeit u. s. w. erfolgt, so wird man die charakteristischen Elemente derselben, Tripel-Phosphat-Krystalle, Muskelfasern, Amylumkörper, Pflanzenzellen in den feinsten Bronchen und Alveolen nachweisen können. Nach Paltauf können die Ertrinkungsflüssigkeiten, z. B. Wasser, auch in das Blut aufgenommen werden und eine Verdünnung desselben hervorrufen; gerichtsärztlich dürfte diese Thatsache jedoch nicht von grossem Belang sein. In einer Reihe von Fällen, wohl meist solchen durch vorzeitige Synkope komplizierten, ist der Lungenbefund indess sehr wenig charakteristisch.

Andere Erscheinungen, die durch das Ertrinken hervorgerufen werden, erscheinen mehr sekundärer Natur; z. B. Verletzungen, die durch den Sturz in's Wasser verursacht sind. Springt Jemand von einem hohen Standorte in einen Fluss,

so kann er sich, falls das Wasser seicht war, die Wirbelsäule brechen, oder er kann mit dem Schädel oder mit anderen Körpertheilen, sei es auf dem Wege zum Wasser, z. B. auf dazwischenstehende Brückenpfeiler, oder im Wasser auf den Grund des Flusses aufschlagen und sich dadurch am Schädel u. s. w. Verletzungen zuziehen. Auch Rupturen der Muskulatur insbesondere der Halsmuskulatur können auf dieselbe Weise entstehen, desgleichen Blutergüsse in deren Scheide.

Streng von diesen eigentlichen Ertrinkungserscheinungen zu trennen sind die durch das Wasser verursachten. In erster Linie kommen die durch das Eindringen des Wassers in Körperhöhlen veranlassten Veränderungen in Betracht. Das Wasser kann nämlich ebenso wie jede andere Ertrinkungsflüssigkeit mechanisch in die offenstehenden Höhlen des Körpers, durch Nase oder Mund in den Rachen und in die Paukenhöhle, sowie in den Magen hineingelangen. Es kann natürlich auch verschluckt werden. Demgegenüber darf aber die Thatsache nicht ausser Acht gelassen werden, dass Wasser auch post mortem mechanisch in den Magen hineingelangen kann. Findet sich jedoch Wasser oder eine andere Ertrinkungsflüssigkeit im Duodenum, so ist dies ein Beweis dafür, dass sie während des Lebens in den Magen gelangt ist. In ausgesprochenen Fällen zeigt sich die Magenschleimhaut geradezu wie ausgewässert. Dass eine Flüssigkeit, z. B., auch Abortinhalt, rein mechanisch bis in die Alveolen der Lunge vordringen kann — also postmortal — haben Liman und Haberda festgestellt.

Weiter ruft das Wasser auf der Haut eine ganze Reihe von Auswässerungserscheinungen hervor. Zunächst finden sich dieselben an der Hohlhand und an der Fusssohle, wo die dicke Epidermislage aufquillt und als sogenannte Waschhaut imponirt. Liegt die Leiche länger im Wasser, so wird die Epidermis in weiterem Umfange aufquellen, sich von der Lederhautunterlage ablösen und sich schliesslich wie ein Handschuh mitsammt den anhaftenden Nägeln abziehen lassen. Es ist dies ganz besonders wichtig, wenn es sich darum handelt, die Identität einer Wasserleiche festzustellen: Die rauhe Hand des Arbeiters erscheint, wenn sie durch Wasser ihrer Epidermis beraubt ist, bei nicht ganz genauer Prüfung zart und wohlgepflegt, erst ein Einschnitt in das Nagelbett zeigt, dass thatsächlich kein Nagel mehr vorhanden ist, sondern dass das zarte Nagelbett selbst frei vorliegt. Auch andere epidermiodale Gebilde gehen im Wasser zu Grunde, so z. B. die Haare, die entweder abbrechen, oder ganz ausfallen.

Durch die Schädlichkeiten, die auf eine im Wasser liegende Leiche einwirken, werden ferner eine Reihe wohl charakterisirter Verletzungen verursacht. Dahin gehören Hautabschürfungen, entstanden durch das Schleifen der Leiche über das steinige Flussbett, ferner Verletzungen, hervorgerufen durch Bootshaken, durch Ruder oder durch Schiffsschrauben. Es sind dies unblutige Zusammenhangstrennungen, die häufig die inneren Organe der Leiche schwer verletzen und unter Um-

ständen in Abtrennungen ganzer Theile der Leiche bestehen können. Wir sahen z. B. eine durch eine Schiffsschraube hervorgerufene Schädelverletzung, welche dadurch interessant war, dass drei 5 cm lange, etwa ebenso weit von einander entfernt und vollkommen parallel verlaufende Depressionsfrakturen im Schädeldach vorhanden waren. Auch Wasserratten, Krebse u. s. w. können postmortale Verletzungen bewirken.

Bleibt die Leiche dauernd im Wasser liegen, kommt dieselbe nie an die Oberfläche, dann bildet sich allmählich Fettwachs (s. S. 150). Kommt die Leiche dagegen an die Oberfläche, dann ist sie thermischen und bakteriellen Einflüssen eher ausgesetzt; es entwickelt sich dann mit ausserordentlicher Schnelligkeit das Bild der kolliquativen Fäulniss. Kopf und Bauch, sowie das Unterhaut-Fettgewebe der Brust erscheinen gigantisch aufgetrieben, besonders aber das Scrotum und der Penis. Die Farbe der Leiche wird durch die Bildung von Schwefel-Methämoglobin grünlich, die Epidermis wird blasenförmig abgehoben; die in den Blasen befindliche Flüssigkeit giebt das Schwefel-Methämoglobin-Spektrum. Die inneren Organe, die bis dahin nur durch Imbibition verändert waren, werden, ebenso wie das Unterhaut-Fettgewebe emphysematös; kurz, es entsteht das Bild der typisch grün-faulen Wasserleiche.

Um aus der Beschaffenheit der Wasserleiche auf die Zeit, während welcher diese im Wasser gelegen hat, Rückschlüsse zu machen, ist zu beachten, dass Jahreszeit, Temperatur des Wassers sowie der Umstand, ob es sich um fliessendes oder stagnirendes Wasser handelt auf die Leichenveränderung von bestimmendem Einflusse sind. Ferner sei bemerkt, dass zur Mazeration der Epidermis auf grössere Strecken ein grösserer Zeitraum gehört, als zum Entstehen der Fäulnissblasen und der grünen Färbung der Leiche. Während diese sich unter günstigen Umständen bereits innerhalb weniger, ja eines Tages entwickeln kann, beansprucht die flächenweise Ablösung der Epidermis von der Lederhaut doch immer einen Zeitraum von mehreren Wochen. Auch die Algenbildung an der Leiche kann nach v. Hofmann für die Bestimmung der Zeit des Todes herangezogen werden; nach seinen Versuchen sind für die Bildung eines dichten Algenrasens auf der Oberfläche der Leiche ungefähr 4 Wochen erforderlich.

Unter den inneren Veränderungen einer Wasserleiche, die sich ebenfalls als einfache Fäulnissprozesse präsentiren, sei die Transsudation kurz erwähnt; sie kann dadurch besonders wichtig werden, dass die in die Lungen eingedrungene Ertrinkungsflüssigkeit in die Pleuren gelangt, so dass in Folge dessen der beschriebene ballonirte Zustand der Lunge verschwinden kann.

Für die Entscheidung der Frage, ob ein Individuum todt oder lebend ins Wasser gelangt ist, bedarf es ganz besonders der Ermittelung aller Umstände des Falles und der Abwägung aller Leichenbefunde gegen einander. Wenngleich die Ertrinkungslunge an sich eine sehr typische Veränderung darstellt, so kann doch in einer Reihe von Fällen ihr

Nachweis nicht oder nur unvollkommen erbracht werden; hieraus zu schliessen, dass das betreffende Individuum nun nicht ertrunken war, ist verfehlt. Die einzelnen Stadien der Agone, insbesondere das terminale Stadium, können sich in sehr kurzer Zeit abspielen, sodass eine Aspiration von Ertrinkungsflüssigkeit in bemerkenswerthem Massstabe gar nicht zu Stande kommt. Es kann auch der Fall eintreten, dass Jemand sterbend ins Wasser stürzt; der Befund einer anderweitigen Todesursache wird in diesem Falle Aufklärung verschaffen. Eindeutiger ist der Befund von schweren Verletzungen mit vitaler Reaktion. Findet man nämlich Schädelfrakturen an umschriebenen Stellen des Kopfes, Würgspuren oder Effekte schneidender oder stechender Werkzeuge, so ist die Differentialdiagnose, ob es sich um Verletzungen durch die Hand eines Dritten oder um selbstmörderische handelt, relativ leicht gestellt. Dass sich Jemand eine Kugel in den Kopf schiesst an einer Stelle, wo er unfehlbar beim Niederfallen ins Wasser stürzen muss, ist ein keineswegs seltenes Vorkommniss.

Dass Selbstmörder sich zuweilen in einen Zustand versetzen, welcher den Unkundigen zur Ansicht bringt, dass hier eine Einwirkung Dritter vorliegt, muss der Gerichtsarzt ebenfalls wissen; bekannt sind die Fälle, in denen sich die Selbstmordkandidaten mit schweren Gewichten, die sie wohl auch mit einem Bande um den Hals befestigt hatten, beschwert ins Wasser stürzen; ebenso ist es vorgekommen, dass sich ein Selbstmörder beide Handgelenke oberhalb seines Gesässes zusammenband und sich dann ertränkte. Selbstverständlich können auch bewusstlose und berauschte Individuen in dieser Weise zugerichtet und ins Wasser gestürzt werden; solche Fälle werden ausserordentlich schwer auf Grund des Sektionsbefundes allein zu deuten sein. Finden sich aber an einem so aufgefundenen, ertrunkenen Individuum Kampfesspuren vor, die sich durch etwaige accidentelle Verletzungen nicht erklären lassen, dann wird die Annahme einer gewaltsamen Ertränkung nicht von der Hand zu weisen sein.

Aus dem Angeführten geht auch hervor, wie schwer es ist, einen Erwachsenen durch Ertränken zu tödten; dass sich dies bei Kindern, namentlich bei Neugeborenen, leicht bewerkstelligen lässt, bedarf keiner Auseinandersetzung. Die Annahme eines Selbstmordes oder einer Verunglückung ist jedenfalls bei erwachsenen Ertrunkenen das Nächstliegende; für welche der beiden Annahmen sich der Gerichtsarzt zu entscheiden hat, dürfte mit Hülfe des Vorstehenden sowie unter Berücksichtigung der Umstände des Falles zu ermitteln nicht schwer sein.

f. Tod durch Abschluss der Luftwege durch feste Körper.

Erstickung durch Abschluss der Luftwege vermittelst fester Körper kann an zwei Stellen des Respirationstraktus zu Stande kommen: 1. an den Eingangspforten und 2. in der Gegend des Kehlkopfeinganges und des Schlundes.

Abschluss der Luftwege durch feste Körper an den Eingangspforten des Respirationstraktus. Die ein-

fachste Art, auf welche das Leben durch Erstickung in dieser Weise vernichtet werden kann, besteht darin, dass man den Mund und die Nase mit der Hand oder mit einem umschliessenden Pechpflaster bedeckt. Beide Manipulationen führen unbedingt zur Erstickung und sind in verbrecherischer Weise nicht nur früher vorgenommen, sondern finden noch jetzt Anwendung. Ist der Verschluss von Mund und Nase durch ein grosses Pechpflaster geschehen, so wird das Corpus delicti entweder der Haut noch anhaften oder es werden wenigstens Spuren davon vorhanden sein. Ist die Bedeckung von Mund und Nase durch die Hand erfolgt, so wird man auch hier Spuren des Verbrechens in der Regel vorfinden, weil der Mörder sich nicht damit begnügt, einfach die Athemöffnungen zu schliessen, sondern noch andere gewaltsame Einwirkungen wie z. B. Würgen, versuchen wird, die dann ihrerseits Spuren hinterlassen. Ueber die bei Neugeborenen sich vorfindenden Spuren, welche für derartige Effekte einer verbrecherischen That angesprochen werden können, und über die Entscheidung derselben von den durch sogenannte Selbsthülfe der Gebärenden hervorgerufenen wird später bei der Lehre vom Kindesmord die Rede sein.

Ferner kann der Tod eintreten in Folge von Bedeckung der Athemöffnungen durch weiche Gegenstände, wie Betten, Polster u. dgl. Die gerichtsärztliche Klarstellung derartiger Todesfälle gehört zu den schwersten und ihrer Lösung noch harrenden Problemen der gerichtlichen Medizin, denn die sogenannten Erstickungsbefunde können zu ihrer Klärung ohne weiteres nicht verwerthet werden, und spezifische Effekte der verbrecherischen Manipulation am Körper hinterlassen weiche Bedeckungen nicht. Es kommt daher bei solchen Fällen stets darauf an, auf Grund der Umstände des Falles und des Leichenbefundes zu entscheiden, in welcher Art hier der Tod eingetreten ist, und ob eine andere Todesursache etwa vorliegt.

Durch Erstickung mit Betten, durch zufälliges Herabrutschen von Polstern kommen leider gar nicht so selten Verunglückungen hülfloser Kinder zu Stande, aber auch Fälle von Mord sind bei Kindern wie bei Erwachsenen beobachtet worden; am bekanntesten ist das Beispiel des römischen Kaisers Tiberius, der durch Kissen erstickt wurde. Auch ein Fall von Selbstmord durch Ersticken vermittelst Betten ist beobachtet worden.

Der Abschluss der Luftwege kann auch in der Weise vor sich gehen, dass das betreffende Individuum in der Erde verschüttet wird. Ein derartiger Vorgang kommt zuweilen als gewerblicher Unfall bei Bergleuten oder Brunnenarbeitern vor, ferner als Unfall beim Spielen von Kindern in Sandgruben; er ist aber auch als Verbrechen beobachtet. Die Erscheinungen eines derartigen Todes haben mit dem Tode durch weiche Bedeckung das gemein, dass bei ihnen in der Regel nicht der Tod momentan erfolgt, sondern dass die Asphyxie eine längerdauernde ist, weil bis zu einem gewissen

Grade immer noch Luft in die Athemwege des Betreffenden hineingelangen kann. Bei der Sektion dokumentirt sich dies durch eine stärkere Zyanose und Ekchymosenbildung an der Oberfläche des Körpers; war die Grösse des Porenvolumens der verschüttenden Erdmasse eine beträchtliche, so wird das Individuum sogar noch eine gewisse Zeit zu leben im Stande sein, ja es wird stunden- bis tagelang unter günstigen Umständen noch die Möglichkeit bestehen bleiben, es nach Wiederausgrabung zum Leben zurückzurufen. Anderseits aber ist es wieder möglich, dass die verschüttende Erde in den Mund, in die Athemwege hineingelangt und so in kürzester Zeit die Erstickung veranlasst. Auch dass ein Verschlucken des erstickenden Agens eintritt, ist beobachtet worden. Gerichtsärztlich hat dieser Umstand eine grosse Bedeutung, weil er allein durch die Sektion kund thut, welcher Art der Verschluss der Athemwege war, und beweist, dass das Individuum noch lebend verschüttet ist.

Abschluss der Luftwege durch feste Körper innerhalb des Respirationstraktus. Die Stelle, an welcher der Abschluss der Luft erfolgt, ist der Schlund und der Kehlkopfeingang. Die Verstopfung kann durch hineingesteckte Tücher und Finger (Tamponiren des Mundes), durch Knebel oder auch durch verschluckte Gebisse, bewirkt werden, ferner durch Lutschpfröpfe bei Säuglingen und anderes mehr. Tamponade des Mundes durch Tücher wird sowohl bei Selbstmord, als bei Mord beobachtet; in ersterem Falle hat der Selbstmörder die Gewissheit des Todes vergrössern wollen, in letzterem hat der Mörder die Absicht gehabt, Schreie des Opfers zu verhüten. Die zufälligen Erstickungen durch fremde Körper sind ein leider nicht selten beobachtetes Vorkommniss. Die Frequenz derartiger Todesarten zeugt von der Unachtsamkeit, aber auch der Unmässigkeit gewisser Menschenklassen. Ein Kind, welches mit einem Lutschpfropf sich selbst überlassen wird, trägt eigentlich stets in diesem veralteten und unhygienischen Instrument eine ständige Todesgefahr bei sich; die Aerzte sollten darauf hinwirken, dass dieses Beruhigungsmittel endlich verpönt wird.

Erstickung durch Speisemassen erfolgt zuweilen durch Bissen von geradezu unglaublicher Grösse; man hält es nicht für möglich, wie gross die Bissen sein können, welche gierige Menschen auf einmal in den Mund stecken. Ist der Bissen sehr gross, so wird er schon im Schlunde stecken bleiben, den Schlund tamponiren und so den Tod hervorrufen; gelangt er über den Schlund hinaus, so bestehen zwei weitere Möglichkeiten: 1. (die häufigere) der Bissen gelangt mit seinem Anfangstheil in den Oesophagus hinein, überdeckt aber dabei vollkommen den Kehlkopfeingang, indem er die Epiglottis nach vorn drängt; oder 2. er geräth direkt in den Kehlkopf und verschliesst die Stimmritze. Der Umstand, dass die betreffenden Individuen beim Essen sterben, ruft gar nicht so selten den Verdacht einer Vergiftung hervor; sie ringen plötzlich ängstlich nach Luft, werden dyspnoisch und sinken todt zur Erde, häufig

ohne Konvulsionen gezeigt zu haben, wenn man wenigstens den Berichten der Angehörigen Glauben schenken darf. Man hat ein gewisses Recht, als Gerichtsarzt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Erstickung durch Speisemassen zu stellen, wenn man hört, dass Jemand während des Essens auf die angegebene Art plötzlich gestorben ist.

Andere Fremdkörper, wie Gebisse, können ebenfalls eine plötzliche Erstickung hervorrufen; die Mahnung, derartige Fremdkörper während des Schlafes nicht im Mund zu tragen, wird leider nicht genügend gewürdigt.

g. Tod durch Verhinderung der Athembewegungen.

Der Tod durch Verhinderung der Athembewegungen wird ebenfalls in der Regel eine protahirte Asphyxie mit sich bringen; er kann im Gedränge, durch Verschütten mittelst einstürzender Balken u. s. w. oder auch dadurch eintreten, dass ein Gegner seinem Opfer auf die Brust oder auf Brust und Bauch kniet. Die Feststellung des Todes im Gedränge bedarf der gerichtsärztlichen Klärung weniger, weil die Umstände eindeutig zu sein pflegen; zuweilen wird hier jedoch eine Konkurrenz der Todesursachen vorliegen, wenn die Individuen in der Agone oder kurz post mortem zu Boden gefallen und von den Umdrängenden getreten und gestossen sind. Die länger dauernde Asphyxie bewirkt in diesem Falle eine starke Zyanose und die Bildung von Ekchymosen an der Körperoberfläche, die sich besonders an den nicht dem Druck von aussen her ausgesetzten Stellen, an denen also überhaupt eine Hyperämie zu Stande kommen konnte, lokalisiren; die Prädilektionsstelle ist die Innenfläche der Oberarme, so weit diese nicht dem Körper anliegen.

Auch Verschüttetwerden durch Balken, Eingeklemmtwerden im Fahrstuhl u. s. w. werden häufig allein durch die Umstände gerichtsärztlich genügend geklärt sein. Die Verletzungen sind hierbei verschiedene, je nachdem die betreffende stumpfe Gewalt eingewirkt hat; sie sind als accidentelle aufzufassen, weil der Tod durch Verhinderung der Athembewegungen eingetreten ist.

Knieen auf Brust und Bauch kann, wie ausgeführt, ebenfalls Verhinderung der Athembewegungen zur Folge haben, auch hierbei werden accidentelle Verletzungen, Rippenbrüche, Sternalbrüche, Kontusionen u. s. w. vorkommen.

h. Tod im abgeschlossenen Raum und durch doppelseitigen Pneumothorax.

Die beiden noch übrigen Arten des gewaltsamen Erstickungstodes haben keine besonders grosse gerichtsärztliche Wichtigkeit, weil sie relativ selten vorkommen.

Bei Tod im abgeschlossenen Raum kommt es darauf an, ob in der That eine vollkommene Abschliessung des Individuums von der atmosphärischen Luft stattgefunden hat, oder ob noch bis zu einem gewissen Grade Luft zu den

Athemorganen gelangt ist. In der Regel wird letzteres der Fall sein; man findet daher auch hier eine etwas protrahirte Erstickung, die sich in einer stärkeren Zyanose kund thut; im Uebrigen muss auf die Umstände des Falles sowie auf das durch die Sektion nachzuweisende Fehlen von anderen Todesursachen das Hauptgewicht gelegt werden. Ein derartiges Ereigniss kann sowohl durch Unglück, als durch verbrecherische Veranlassung bewirkt worden sein. So z. B. verbirgt sich ein Knabe beim Versteckenspiel in einem hermetisch schliessenden Koffer, er wird bewusstlos und erstickt; nach 8 Tagen findet man ihn als Leiche. Eine andere Möglichkeit ist die, dass ein hülfloses Neugeborenes von der verbrecherischen Mutter in eine Kiste oder Schachtel gepackt und bei Seite gestellt, vielleicht auch noch zum Ueberfluss vergraben wird.

Es empfiehlt sich, hier von einer Todesart zu sprechen, welche bei Erdarbeitern beobachtet wird, die in Caissons mit komprimirter Luft zu arbeiten gezwungen sind; es handelt sich um Todesfälle im Verlaufe der sogenannten **Caissonkrankheit**. Arbeiter der bezeichneten Art vermögen ohne wesentliche Störungen Stunden lang in der mit komprimirter Luft von zwei Atmosphären Druck und darüber gefüllten Caissons zu arbeiten; wollen sie die letzteren verlassen, so muss die Dekompression, der Ausgleich des atmosphärischen Druckes innerhalb und ausserhalb des Caissons ganz allmählich erfolgen. Tritt die Dekompression aber schnell — sei es aus Unachtsamkeit des den Apparat regulirenden Arbeiters oder in Folge Reissens der zuführenden Luftschläuche — ein, so treten Krankheitserscheinungen, besonders Lähmungen und asphyktische Zustände auf oder es erfolgt in schweren Fällen plötzlich der Tod. Diese üblen Zufälle sind bedingt dadurch, dass in Folge der plötzlichen Druckdifferenz im Blute Gase, zumal Stickstoff, freiwerden, die zu tödtlicher Luftembolie (vergl. S. 113) Veranlassung geben können. Bleiben die Individuen am Leben, so können sich in Folge multipler kleiner Luftembolien anämische und ischämische Heerde entwickeln, welche die Neigung besitzen, namentlich im Rückenmark zu Erweichungen, und damit zu Lähmungen zu führen.

Tod durch doppelseitigen Pneumothorax kann in Folge der verschiedensten Einwirkungen stumpfer oder scharfer Gewalt eintreten. Bei Stichverletzungen der beiden Brusthälften wird man einen doppelseitigen Pneumothorax nicht ohne Weiteres erwarten dürfen, weil sich in der Regel die Ränder der Hautwunde hier glatt an einanderlegen und so den Lufteintritt in die beiden Pleuren verhindern können. Anders verhalten sich dagegen grössere Verletzungen des Brustkorbes, die mit Hautwunden komplizirt sind, so z. B. bei Schüssen mit grosser Eingangsöffnung quer durch die Brust.

i. Tod durch Verhungern.

Der Tod durch Entziehung der genügenden Nahrungszufuhr kommt in zwei verschiedenen Formen zur gerichtsärzt-

lichen Beurtheilung: 1. in Folge von vollkommener plötzlicher Abschneidung jeglicher Nahrung und 2. in Folge von unzweckmässiger oder mangelhafter Ernährung. In selbstmörderischer Absicht wird der Vorsatz, durch Hunger zu sterben, gar nicht so selten gefasst, aber meist bald wieder aufgegeben. Wichtiger ist die vollkommene Entziehung der Nahrung in verbrecherischer Absicht. Endlich kommt noch für die plötzliche Entziehung der Nahrung die Unmöglichkeit der Nahrungsaufnahme per vias naturales in Betracht, z. B. bei Verengerung des Verdauungstraktus oberhalb des Magens (Narben, Geschwülste), vorausgesetzt, dass die Möglichkeit einer anderweitigen Ernährung fehlt, und die lebensrettende Operation nicht ausführbar ist oder verweigert wird.

Die Erscheinungen des Verhungerns sind im Allgemeinen folgende: Im Vordergrund des Krankheitsbildes steht zunächst das sich bis zum Ende des ersten Tages erheblich steigernde Hungergefühl, das aber bald an Intensität abnimmt und schliesslich ganz verschwindet; ein eigenthümlicher süsser foetor ex ore stellt sich ein. Das Fettpolster des Individuums verkleinert sich schnell; die Kothabsonderung sinkt auf ein Minimum; es stellen sich Leibschmerzen ein, ferner Uebelkeit, Erbrechen galliger Massen, der Kräfteverfall nimmt rapide zu, schliesslich erfolgt unter Somnolenz-Erscheinungen und Inanitionsdelirien der Tod. Von Tropenreisenden wird als charakteristisch beschrieben, dass Leute, welche in Wüsten oder Einöden hungernd herumirrten, ein Kleidungsstück nach dem andern fortwarfen, um sich Erleichterung zu verschaffen. Wie lange Zeit bis zum Eintritt des Todes vergehen kann, hängt ganz von dem Kräftezustand und dem Alter des Individuums sowie davon ab, ob ausser der Nahrung auch Wasser vollkommen entzogen wurde. Es ist bekannt, dass Hungern von den bekannten Hungerkünstlern Tanner und Succi bis 40 Tage lang ertragen wurde, sobald sie daneben Wasser zu sich nahmen. Wurde Wasser dagegen ebenfalls entzogen, so konnte nach dem Ergebniss anderer Experimente die Nahrung ohne schwere Störungen nur 7—8 Tage entbehrt werden. Beobachtungen, welche an indischen Fakirs gemacht sind, scheinen indess zu beweisen, dass Gewöhnung an wenig Nahrung, Fehlen jeglicher Muskelarbeit und gleichmässige Wärmetemperatur die Möglichkeit einer Verlängerung dieser Zeit um das 4—5fache offen lassen. Eine hinreichend bekannte, hierher gehörige Erscheinung ist der Winterschlaf gewisser Thiere. Neugeborene, welche an Atresie litten, lebten bis zum 13. Tage; alte Leute können das Hungern im Allgemeinen leichter ertragen als kräftige Individuen, weil bei ihnen das Nahrungsbedürfniss und der Stoffwechsel geringer sind.

Bei ungenügender Nahrungszufuhr verändert sich dieses Krankheitsbild nicht unwesentlich, da keine absolute, sondern nur eine relative Inanition eintritt und sich in Folge dessen sekundäre Krankheitszustände, Komplikationen der verschiedensten Art, entwickeln können, die dann das Bild des Hungertodes verschleiern und es nicht immer leicht machen,

Ursache und Wirkung von einander zu unterscheiden. Es wird in derartigen Fällen genauer Erhebungen bedürfen, wenn man auch nur zu einem annähernd bestimmten Gutachten gelangen will.

Die Sektion ergiebt ausserordentlich starke Abmagerung, die sich in vollkommenem Fehlen des Fettgewebes kund thut, und Blutverarmung; der Darm ist ohne Inhalt, der Magen ist schlauchartig zusammengezogen, die Schleimhaut beider ist mit einem missfarbigen, schleimigen Belage bedeckt. Dass Atrophie der Thymusdrüse bei Kindern die Diagnose des Hungertodes erhärtet, wie Seydel behauptet hat, erscheint zweifelhaft, da diese Erscheinung sich überhaupt bei allen mit mangelhafter Ernährung einhergehenden Krankheitszuständen findet. Ein wichtiger Befund ist dagegen die Atrophie der Milz, die bis zu $^2/_3$ ihres Gewichtes, und die Atrophie der Leber, die bis über die Hälfte ihres Gewichtes beim Hungern verlieren kann. Die Gallenblase pflegt strotzend gefüllt zu sein. Auch die Körpermuskulatur kann etwa $^1/_3$ ihres Volumens durch Hungern des Individuums einbüssen. Wie das Körperfett wird eben auch das Körpereiweiss zur Erzeugung der für den Stoffwechsel nöthigen Wärmemenge herangezogen; ähnlich verhält es sich mit dem Glykogen der Leber, welches mikroskopisch durch Jodgummilösung nach Ehrlich nachweisbar (Braunfärbung in einer Lösung von Gummi arabicum und Lugol'scher Flüssigkeit), beim Hungern nach einigen Tagen aus der Leber verschwindet. Zum exakten Nachweis der Abwesenheit des Leberglykogens müsste man nach Brücke durch Kochen der zerkleinerten Leber mit Kalilauge eine Lösung herstellen und diese nach genauer Neutralisirung mittelst Essigsäure durch die Jodreaktion auf Glykogen prüfen. Placzek fand bei der Untersuchung des Rückenmarkes von Thieren, welche sich im Stadium der Inanition befunden hatten, dass die Nisslkörper in den Ganglienzellen der grauen Vorderhörner theilweise geschwunden waren und sich nur perinukleär vorfanden. Weitere Untersuchungen müssen ergeben, inwiefern dieser Befund für die Diagnose des Hungertodes verwerthet werden kann.

Findet sich in der Harnblase Urin, so ist es bei noch nicht fortgeschrittener Fäulniss möglich, eine Reihe wichtiger Befunde durch eine genaue Untersuchung desselben zu erheben. Während in der Norm mehr Chlor- als Phosphorsäure ausgeschieden wird, sinkt die Chlorausscheidung bei der Inanition nach einem Tage bereits derart, dass die ausgeschiedene Phosphorsäure die Chlormenge überwiegt. Dasselbe tritt bezüglich der Kali- und Natronausscheidung ein; letztere, normaler Weise überwiegend, tritt ebenfalls nach einem Tage hinter der Kaliausscheidung beim Hungern zurück. Die gepaarten Schwefelsäuren, welche in der Norm annähernd $^1/_{10}$ der einfachen durch Chlorbaryum ohne Weiteres fällbaren Schwefelsäure betragen, nehmen erheblich an Menge zu. Am wichtigsten aber ist die enorme Aceton- und Acetessigsäureausscheidung während des Hungerns, die bereits am ersten Hungertage deutlich nachweisbar ist. Aceton wird bekanntlich in der Weise nachge-

wiesen, dass man einige Tropfen Natriumnitroprussidlösung (frisch bereitet) zum Harn hinzufügt und hierauf mit Natronlauge alkalisirt; setzt man, sobald die anfängliche Purpurfärbung verblasst ist, langsam wenige Tropfen konzentrirte Essigsäure dazu, so bildet sich an der Berührungsstelle eine karmoisin- bis purpurrothe Farbe (Legal'sche Probe). Die Prüfung auf Acetessigsäure geschieht folgendermaassen: Versetzt man den Harn mit einigen Tropfen einer Eisenchloridlösung, so tritt ein chokoladefarbener Niederschlag von phosphorsaurem Eisen auf; weiteres Hinzufügen von Eisenchlorid bewirkt das Auftreten einer dunkelbordeauxrothen ins Violette spielenden Farbe (Gerhardt'sche Eisenchloridreaktion), die bei Zusatz von Schwefelsäure verblasst.

Mehrfache Beobachtungen machen es endlich wahrscheinlich, dass Hungern der Verbreitung einer Tuberkulose im Körper Vorschub zu leisten im Stande ist.[1])

k. Tod durch abnorme Temperatur.

a) Tod durch abnorm hohe Temperatur.

Unter Verbrennung versteht man die Einwirkung besonders hoher, entweder durch die Flamme, oder durch strahlende Wärme, durch heisse Flüssigkeiten u. s. w. erzeugter Temperaturen auf den Körper. Wirken Flammen auf den menschlichen Körper ein, so spricht man von einer Verbrennung schlechthin, bei Einwirkung heisser Flüssigkeiten oder Dämpfen dagegen von einer Verbrühung. Eine Verbrennung kommt auch noch durch explosionsfähige Gemische zu Stande; dieselben rufen bei ihrer Entzündung zunächst am Körper die Effekte einer Verbrennung, in zweiter Linie aber auch diejenigen einer stumpfen Gewalt hervor.

Am häufigsten entstehen Verbrennungen durch Unglück in Folge Unvorsichtigkeit; es fällt eine Lampe um, die explodirt, das Kind reisst den Topf mit kochendem Wasser vom Herd herunter und verbrüht sich u. s. w. Aber auch Mord und Selbstmord kann durch Verbrennen bewirkt werden; die ausserordentlich starken Schmerzen, welche beim Tod durch Verbrennen bekanntlich vorhanden sind, bringen es jedoch mit sich, dass die genannte Todesart als Mittel zum Selbstmord nicht beliebt ist, und bei geistig normalen Menschen jedenfalls zu den grössten Seltenheiten gehört. So ist z. B. der Fall bekannt geworden, dass sich ein Brauergeselle in selbstmörderischer Absicht in einen kochenden Wasserkessel stürzte. Bei geistig erkrankten Menschen finden wir dagegen öfter Tod durch Verbrennen als Mittel zum Selbstmord; derartige Individuen pflegen dann wohl ihre Kleider mit brennbaren Substanzen, z. B. Petroleum, zu begiessen und sie anzustecken. Mord durch Verbrennen ist erklärlicherweise ebenfalls sehr selten, am häufigsten noch bei nicht erwachsenen Individuen.

---

[1]) Dünschmann, Ueber den Tod durch Verhungern etc. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med. und öff. San.-Wesen; 1900, Heft 2.

Klinische Erscheinungen. Man unterscheidet bei der Verbrennung 4 Grade: Erythem, Blasenbildung, Verschorfung und Verkohlung.

Das Erythem kennzeichnet sich als eine schmerzhafte lokale Röthung der betroffenen Hautstelle; häufig ist eine leichte Schwellung damit verbunden. Die Blasenbildung, der zweite Grad der Verbrennung, beruht auf dem Auftreten von Blasen, die mit klarem oder etwas röthlich gefärbtem Inhalt, in dem sich mikroskopisch Leukozyten nachweisen lassen, gefüllt sind. Diese Blasen können eintrocknen oder auch platzen und das Serum ausfliessen lassen. Bedeckt die abgehobene Epidermis nach dem Platzen den Blasengrund, dann wird eine Vertrocknung der Lederhaut nicht zu Stande kommen können, wohl aber, wenn die Epidermis fehlt. Bei dem dritten Grad der Verbrennung, der Schorfbildung, reicht die Wirkung bis in die Lederhaut hinein. Die Schorfe sind von gelblich-grauer bis graubrauner Farbe; in ihrer Umgebung findet man Verbrennungen ersten oder zweiten Grades. Die Gefässe innerhalb der Schorfe, und zwar nicht nur die grösseren, sondern auch die feineren Gefässe zeigen häufig eine starke Blutfüllung, die auf einer vollkommenen Gerinnung des im Momente der Verbrennung in der betreffenden Hautpartie befindlichen Blutes beruht. Der vierte Grad der Verbrennung ist die Verkohlung, die bei Verbrühungen nicht zu Stande kommen kann, da hierzu eine lange und intensive Einwirkung der Flammenhitze nothwendig ist.

Der Verlauf einer Verbrennung ist verschieden, je nachdem das Individuum widerstandsfähiger ist, und je nachdem ein grösserer oder kleinerer Theil der Körperoberfläche verbrannt ist. Im Allgemeinen nimmt man an, dass Verbrennung eines Drittels der Körperoberfläche den Tod zur Folge hat; Komplikationen können auch den Verlauf erheblich beeinflussen.

Bei einer Reihe von Fällen tritt der Tod sofort bei der Verbrennung ein; es sind dies die Fälle, bei denen durch Ueberhitzung des Blutes Wärmestauung oder durch die ausserordentlich starke Reizung der sensiblen Nerven Shock hervorgerufen wird. Andere Fälle gehen erst in den nächsten Stunden oder Tagen nach der Verbrennung zu Grunde; es treten bei ihnen dann schwere nervöse Erscheinungen, wie Somnolenz, Delirien, Krämpfe und schliesslich Kollaps ein. Bei den später, erst nach dem dritten Tage zu Grunde gehenden Fällen erfolgt der Tod durch Komplikationen, z. B. pyämische Prozesse oder septische Erkrankungen, in deren Verlauf sich auch Entzündungen der serösen Häute herausbilden. Gelenkeröffnungen durch Brandwunden können ebenfalls sekundär zu derartigen Zuständen führen. Bei verschorften oder verkohlten Gliedern sind in Folge von Demarkationen tödtliche Blutungen aus einem arteriellen Gefäss möglich; auch Bronchopneumonien können auftreten, desgleichen Ikterus in Folge des Zerfalles zahlreicher Blutkörperchen durch die Verbrennung. Als seltene Komplikation sind endlich kroupöse Entzündungen der Rachenorgane, die sich weit in den Kehlkopf und die Luftröhre hinein erstrecken können,

zu nennen, ferner Starrkrampf und endlich Duodenalgeschwüre, die zur Perforation kommen und eine tödtliche Peritonitis hervorrufen können. Eine ganze Reihe von Todesfällen findet aber immer noch nicht ihre genügende Erklärung.

Gelangt die Verbrennung zur Heilung, so können die Narben ausserordentlich schwere Störungen des Organismus bewirken; dauernde Entstellungen, Kontrakturen von Gliedern, welche die Funktion des Organismus erheblich beeinträchtigen, sind gar nicht seltene Folgen. Die Brandnarben zeichnen sich durch einen hypertrophischen Charakter aus, zuweilen entwickelt sich auf ihnen auch einmal Krebs.

Ueber die Frage, worauf die schweren Störungen des Stoffwechsels bei einer Verbrennung beruhen, ist eine sehr grosse Anzahl von Theorien aufgestellt, der beste Beweis dafür, dass keine recht genügt, und dass bei einer Reihe von Fällen die eine, bei einer anderen Reihe von Fällen eine andere mehr Wahrscheinlichkeit für sich hat. Dass die Störung der Hautfunktionen die Ursache der schweren Schädigung der Körpers sein soll, wird von einigen Seiten behauptet; man denkt sich, dass in Folge dessen eine Zurückhaltung gewisser Stoffwechselprodukte erfolgt und den Körper vergiftet. Von anderen Seiten wird die gestörte Wärmeökonomie als Hauptschädigung der Verbrennung angeführt. Andere behaupten, dass Veränderungen im Kreislauf durch die Verbrennung hervorgerufen würden, und zwar in den peripherischen Theilen des Organismus Hyperämie, in den zentralen dagegen Anämie, während bei anderen Fällen wiederum gerade der Befund einer venösen Hyperämie der inneren Organe als Hauptschädigung angenommen wird. Wichtiger als die Veränderungen der Haut und die Veränderungen im Kreislauf für die Erklärung der deletären Wirkungen einer Verbrennung sind augenscheinlich die im Blute hervorgerufenen Veränderungen. Bekanntlich können Blutkörperchen eine Temperatur von 50° nur unvollkommen vertragen; sie sterben ab, wenn die Flamme einwirkt, und bleiben theils in der verbrannten Hautpartie liegen, theils wirken sie in dem Kreislauf als Fremdkörper. Anatomisch wird diese Theorie unterstützt durch den zuweilen erhobenen Befund von Milztumor, Ikterus und Hämoglobin-Infarkten in den Nieren; aber bei vielen Fällen fehlen auch diese Befunde. Von verschiedenen Seiten wird auch behauptet, dass bei ausgedehnter Brandblasenbildung das Blut eingedickt werde. In manchen Fällen hat man Ptomaine im Blute vermuthet, und diese Annahme durch Thierversuche zu stützen versucht. Ebenfalls viel für sich hat die Annahme einer schweren Einwirkung auf das Nervensystem, da durch die intensive Reizung peripherischer Nerven zweifellos Shock hervorgerufen werden kann. In neuerer Zeit ist endlich auf das Vorkommen von Fettembolieen hingewiesen worden (Carrara); es bedarf keines Beweises, dass ein massenhaftes Auftreten derselben, verursacht durch Aufnahme des flüssig gewordenen Fettes in die eröffneten Gefässbahnen, unter Umständen den Tod, jedenfalls aber eine ganze Reihe Störungen im Organismus herbeizuführen vermag.

Bei der Beurtheilung des **Leichenbefundes** interessiren zunächst die in der Haut hervorgerufenen Veränderungen; man findet Erythem oder Blasenbildungen oder Verschorfungen oder Verkohlungen, in der Regel jedoch keine dieser Veränderungen für sich allein, sondern mehrere neben einander. Haben Flammen intensiv und längere Zeit eingewirkt, so können an der Haut auch Zusammenhangstrennungen, unter Umständen vollkommene, den Eindruck von Schnittwunden machende Quersprünge entstehen, über deren wahre Natur jedoch die in ihrer Tiefe nicht durchtrennten Gefässe Aufschluss geben. Die äussere Besichtigung liefert zuweilen noch bezüglich der Stellung der Leiche ganz werthvolle Ergebnisse. Bei der Mehrzahl der Fälle wird man zwar ausser den Befunden der Todtenstarre nichts Bemerkenswertes finden, bei anderen dagegen die sogenannte Wärmestarre der Muskulatur, die einen Schluss auf die Einwirkung ganz besonders hoher Hitzegrade gestattet. Nach den Untersuchungen von Mayer[1]) unterscheidet man 2 Grade der Wärmestarre, einen, der mit der Todtenstarre im Wesentlichen identisch ist, aber auf stärkerer Beugung der Gelenke der oberen Gliedmassen beruht, und einen zweiten, der sich von diesem durch Ueberstreckung im Sprunggelenk unterscheidet. Exzessive Grade der Wärmestarre, die übrigens auch postmortal zu erzielen ist, ergeben die sogenannten Stellungen à la vache, Stellungen, die man wohl auch als Fechterstellungen und ähnlich bezeichnet hat. Häufig sind die Effekte der Verbrennungen bei derartigen wärmestarren Individuen noch tiefer gehende; an verschiedenen Körperstellen kann eine vollkommene Verkohlung eingetreten sein, und die Hitze kann eine Verbrennung der organischen Substanz bewirkt haben, so dass nur die kalzinirten Knochen übrig sind. Wichtig ist, dass in diesen Knochen durch die Wärme ebenso wie in der Haut Sprünge auftreten können, und zwar in der Diaphyse Längssprünge, in der Epiphyse segmentäre Sprünge. Dieses Verhalten ist insofern von Bedeutung, als es sich darum handeln kann, festzustellen, ob nicht etwa intravitale Verletzungen der Knochen hinter den zur Beobachtung gekommenen Knochensprüngen verborgen sind. In der That konserviren sich auch intravitale Verletzungen trotz der Kalzinirung der Knochen recht gut.

Die intensive Einwirkung der Hitze bringt ferner Veränderungen in der Blutvertheilung des Organismus hervor, zu deren Hervorbringung das Leben des betreffenden Individuums nicht nöthig ist. Lässt man z. B. auf den Fundus uteri einer Leiche eine Flamme einwirken, so wird man bald aus dem Muttermund mehr oder weniger grosse Mengen von Blut herausfliessen sehen; das entfernter von der Einwirkungsstelle der Flamme gelegene Blut wird eben durch die entwickelten Wasserdämpfe fortgetrieben und extravasirt. Wirkt die Flamme auf eine lockere Hautpartie, z. B. den Penis, so entsteht an der Stelle der Flammeneinwirkung

[1]) Mayer: Ueber den Einfluss hoher Hitze auf die Stellung von Leichen und über Wärmestarre. Wien und Leipzig. Braumüller.

Schrumpfung und Verkohlung, in ihrer nächsten Umgebung aber springen mit Gas gefüllte Blasen auf, welche bald platzen, während sich in der weiteren Umgebung, z. B. an der Glans penis, mit röthlichem Serum gefüllte Blasen bilden. Das Blut ist auch hier von der Stelle der Flammeneinwirkung hinweggetrieben, hat sich an entfernteren Stellen angesammelt und zwar dort, wo es den wenigsten Widerstand zwischen Epidermis und ihrer Unterlage gefunden hat. Nimmt man ein abgesägtes Schädeldach und lässt von einer Seite her auf die Konvexität eine Flamme einwirken, so sieht man, wie bald aus zahlreichen Oeffnungen an der inneren Oberfläche des Schädeldaches zahlreiche Blutstropfen herausquellen, die mit Fett untermischt sind und sich zu einer grösseren dünnflüssigen Blutmenge in der Schädelwölbung ansammeln. Es sind dies Veränderungen, die nicht bloss vital, sondern auch postmortal zu Stande kommen können; ihre Kenntniss befähigt den Gerichtsarzt, Erscheinungen, die auf diesen Verhältnissen beruhen, richtig zu beurtheilen, z. B. extradurale Hämatome, die weiter nichts bedeuten, als dass die Flamme auf die betreffende Schädelpartie eingewirkt hat, und die mit traumatischen Hämatomen, wie solche z. B. bei Schädelfrakturen beobachtet sind, nicht das Geringste zu thun haben, wie Strassmann nachgewiesen hat.

Die sonstigen Veränderungen an inneren Organen hängen hauptsächlich von den Komplikationen und Nachkrankheiten ab. Besonders erwähnt sei Nephritis, ferner Milztumor, beruhend auf der massenhaften Ansammlung destruirter rother Blutkörperchen in der Milz. Durch die Hitze können innere Organe auch schrumpfen; die Gestalt des Organs ist dabei nicht verändert, auch mikroskopisch ist eine Differenz in dem sonstigen Verhalten des Gewebes nicht zu erkennen, es sei denn, dass das Bindegewebe an manchen Stellen ähnlich wie die Muskelfasern quergestreift erscheint (Reuter). Der Wasserverlust der Organe kann ein so kolossaler sein, dass dieselben auf ein Viertel oder die Hälfte ihres Volumens zusammenschrumpfen.

Die ausserordentlich wichtige Frage, ob eine Verbrennung vital oder postmortal zugefügt worden ist, muss wie folgt beantwortet werden. Erythem beweisst, wenn es an nicht hypostatischer Stelle vorhanden ist, den vitalen Charakter der Verbrennung; Blasen mit Randröthe in nicht hypostatischer Haut desgleichen. Der vertrocknete Blasengrund zeigt bei vitalen Verbrennungen erhaltene Füllung auch der feinsten Gefässe, die sich mit der Lupe feststellen lässt; Injektion allein der grösseren Gefässe beweist dagegen nichts für eine vitale Verbrennung. Aehnlich verhält es sich mit der Verschorfung, auch hier wird man innerhalb der Verschorfung mikroskopisch häufig noch stark gefüllte Gefässe zu erkennen vermögen; jedenfalls ist eine Injektion der Gefässe an der Grenze der Verschorfung in nicht hypostatischer Haut für die Diagnose einer vitalen Verbrennung von grosser Bedeutung.

War das Individuum dem Rauch ausgesetzt, bevor es verbrannte, und dauerte diese Einwirkung einige Zeit, so findet

man Rauchpartikel in den Athemwegen, im Kehlkopf, in der Lunge u. s. w., sowie eine Veränderung des Blutes durch Bildung von Kohlenoxyd-Hämoglobin. Genaueres über den Nachweis desselben wird später bei der CO-Vergiftung mitgetheilt werden. Frei ergossenes Blut, an der Oberfläche, das mit der CO-haltigen Luft in unmittelbarem Kontakt gekommen ist, kann ebenfalls CO-haltig werden, nicht dagegen Blut im Inneren des Körpers, wenn das Leben bereits erloschen ist.

Es geschieht nicht selten, dass Leichen von anderweitig gewaltsam Getödteten nachher, um die Spuren des Verbrechens zu verdecken, einem angelegten Feuer überantwortet werden. Häufig wird hier der gewollte Effekt nicht erreicht, da zur Verbrennung eines Menschen ausserordentlich viel Brennmaterial gehört; dann werden zuweilen durch die Lage der Leiche oder durch sonstige günstige Umstände meist Theile vor dem Verbrennen behütet werden, an denen noch eine Diagnose der ursprünglichen Todesart möglich ist. Strangmarken und andere Spuren von Verbrechen sind z. B. zuweilen noch als solche erkannt worden. Der Nachweis von Blut auf theilweise verkohlten Leichentheilen wird durch die S. 93 beschriebene Hämatoporphyrinprobe geführt.

Differentiell-diagnostisch kommt bei der Beurtheilung des Verbrennungstodes noch Folgendes in Betracht: Fäulnissblasen sind mehrfach für Verbrennungseffekte gehalten worden; sie unterscheiden sich von diesen durch ihre geringere Ausdehnung und gleichmässige Verbreitung über den ganzen Körper hin, auch lässt der Befund von sonstigen Fäulnisserscheinungen die Diagnose ausserordentlich leicht erscheinen. Pemphigusblasen können mit Brandblasen deswegen nicht verwechselt werden, weil wir auch hier nur einen geringen Umfang der einzelnen Eruptionen haben, und weil ausserdem mehrere Stadien der Blasenentwicklung beim Pemphigus sichtbar zu sein pflegen. Syphilitische Pemphigusblasen sind durch ihre Lokalisation an Handteller und Fusssohle bemerkenswerth. Erysipelas bullosum zeigt ebenfalls mehrere Stadien in der Entwicklung der Blasen, ausserdem ist die Haut in deren Umgebung infiltrirt, und Streptokokken sind daselbst bakteriologisch nachweisbar. Dermatitis exfoliativa, eine seltene, aber zuweilen doch gehäuft auftretende und mit hohem Fieber verlaufende Krankheit, stellt diffuse Abhebungen der Epidermis von den übrigen Schichten der Haut dar; ein leichter Druck auf die Haut ruft Abschuppung hervor.

Ueber die Veränderungen, welche Haare durch die Flamme erleiden, wurde bereits gesprochen (s. S. 99); bemerkenswerth ist, dass Verbrennungen und Verbrühungen gerade auch durch den Befund an den Haaren zu unterscheiden sind; denn während die bekannten Effekte der Verbrennung an den Haaren immer vorhanden sind, fehlen sie bei der Verbrühung stets.

b. Tod durch Hitzschlag und Sonnenstich.

Der **Hitzschlag** kommt besonders in der Weise zu Stande, dass Menschen in einer Luft mit geringem Sättigungs-

defizit, d. h. in einer relativ mit Feuchtigkeit stark geschwängerten Luft angestrengt arbeiten. Die Wärmestauung wird hier dadurch bewirkt, dass Wärme in Folge der Feuchtigkeit der umgebenden Luft nicht mehr abgegeben werden kann, und anderseits immer neue Wärme durch die Anstrengung im Körper produzirt wird, ein Umstand, der durch unzweckmässige Bekleidung begünstigt wird. Es ist bekannt, dass Thiere ihre Eigenwärme unverändert erhalten, wenn sie in einem Wärmekasten sich in einer Temperatur unter + 32° befinden; bei + 36° steigt die Temperatur bis + 42°, bei + 40° auf + 44 bis 45°; werden + 42° überschritten, so sterben die Thiere, nachdem vorher Beschleunigung der Athemzüge und der Pulsfrequenz, Pupillenerweiterung und Muskelparese eingetreten sind; die Harnstoffausscheidung ist vermehrt, die Kohlensäureausscheidung und Sauerstoffaufnahme bis auf die Hälfte vermindert. Aehnlich zeigen sich beim Menschen die Erscheinungen des Hitzschlages: die Individuen bekommen Kopfschmerzen, werden schwindlig, gelegentlich stellen sich auch wohl Gehörs- und Gesichts-Halluzinationen ein, die Bewegungen sind erschwert, die Schweisssekretion ist eine profuse. Durch palliative Massregeln kann in diesem Vorstadium der Eintritt des Hitzschlages noch abgewendet werden; geschieht dies aber nicht, dann tritt bald Zyanose des Gesichts auf, die Athmung wird weiter beschleunigt, der Puls wird klein, die Pupillen erweitern sich, es treten Besinnungslosigkeit oder Krämpfe ein. In diesem Stadium erfolgt schliesslich der Tod, jedoch ist bei entsprechender Behandlung noch eine mehr oder weniger langsame Genesung möglich. Die Temperatur, die im momento mortis im Mastdarm gefunden wurde, betrug in manchen Fällen + 43°.

Bei der Sektion findet man keine besonders charakteristischen Befunde bis auf Blutungen, die sich besonders unter dem Endokard, aber auch unter den Schädeldecken, in den weichen Hirnhäuten, in der Gefässscheide der grossen Halsgefässe, an den Herzklappen und in der Magen- und Darmschleimhaut vorfinden. Die Leichenfäulniss tritt bei derartigen Leichen sehr schnell ein, ebenso wie die Todtenstarre; vielleicht handelt es sich hier bereits um eine durch die Wärme in den Muskeln hervorgerufene, in der Agone oder bald nachher eintretende, Veränderung.

Mit der durch Hitzschlag bedingten Wärmestauung im Organismus wird häufig auch die Wirkung strahlender Wärme z. B. an heissen Sommertagen, in Hochöfen, Eisengiessereien verbunden, so dass also die Erscheinungen von Hitzschlag und Sonnenstich kombinirt werden. Unter **Sonnenstich** versteht man nämlich nur den Effekt der strahlenden Wärme; dass gegen diese bis zu einem gewissen Grade eine Angewöhnung möglich ist, ist bekannt. Der reine Sonnenstich äussert sich in der Weise, dass nach geringen vorangegangenen Vorboten, Kopfschmerzen und dergleichen, zerebrale Erscheinungen eintreten, die in plötzlichem Zusammenstürzen, Ohnmacht u.s.w. bestehen und auf der Einwirkung der Hitze auf das Zentralnervensystem beruhen. Eindeutige Obduktionsbefunde sind auch hier nicht vorhanden.

c. Tod durch Blitzschlag oder elektrische Ströme.

Die Art und Weise, in welcher ein **Blitzschlag** auf den Menschen einwirkt, kann eine verschiedene sein, je nachdem das betreffende Individuum freistehend oder sich anlehnend vom Blitz getroffen wurde. In ersterem Falle wird der Blitz in der Regel vom Kopf an den ganzen Körper durchlaufen, in letzterem dagegen erst von derjenigen Stelle ab, an welcher der Blitz von dem zuerst getroffenen Gegenstand auf den Körper übergesprungen ist. Zuweilen kommen neben vom Blitz erzeugten Verletzungen auch durch stumpfe Gewalt hervorgerufene (Sturz u. s. w.) zur Beobachtung.

Die vom Blitzschlag getroffenen Individuen sind entweder sofort todt, oder zeigen die Symptome einer Gehirnerschütterung, einer Commotio cerebri, die von Erinnerungslosigkeit, von Lähmungen der verschiedensten Art, sowie von Allgemeinerscheinungen des Nervensystems gefolgt ist; andere Fälle weisen wiederum nichts auf wie eine einfache Ohnmacht. Die Prognose der durch den Blitz erzeugten Lähmungserscheinungen ist im Allgemeinen keine schlechte.

Zweierlei Veränderungen sind es, welche den Tod durch Blitzschlag charakteristisch machen, einmal die sogenannten Blitzfiguren, d. h. baumförmig verzweigte rothe Streifen in der Haut, welche häufig etwas ödematös sind, wenn das betreffende Individuum am Leben blieb. Die Spitze der baumförmigen Verzweigungen geht stets nach abwärts, dem Laufe des Blitzes entsprechend, ihre Basis zeigt nach aufwärts. Ob es sich um Verbrennungen ersten Grades, wie manche meinen, handelt oder um vasomotorische Störungen, ist zweifelhaft; wahrscheinlicher ist das erstere. In zweiter Linie werden beim Blitzschlag Durchlöcherungen der Haut beobachtet, namentlich an den Fusssohlen; diese Durchlöcherungen sind ausserordentlich minimal, sie zeigen stets aufgeworfene Ränder, wie sie der elektrische Funken erzeugt, der durch ein Kartenblatt schlägt. Den erwähnten Verletzungen der Haut können auch lochförmige Verbrennungen der Kleider entsprechen. Eine weitere Einwirkung des Blitzes besteht noch darin, dass Metallgegenstände, welche das betreffende Individuum bei sich trug, zerbrochen, oxydirt oder geschmolzen sein können. In seltenen Fällen kommen auch wohl Risswunden an der Haut vor oder Verletzungen innerer Organe, wobei stets daran zu denken ist, ob diese nicht etwa durch stumpfe Gewalt, durch Zusammenstürzen des Betreffenden u. s. w. erzeugt sind.

Die Sektion ergiebt das Bestehen der erwähnten Blitzfiguren, die sich noch längere Zeit nach dem Tode sehr gut nachweisen lassen, ferner Durchlöcherungen an der Fusssohle und eventuell Hautverletzungen, Rupturen innerer Organe. Ausserordentlich schnell pflegt die Todtenstarre bei Blitzschlag einzutreten.

In neuerer Zeit mehren sich die Fälle, bei denen durch starke **elektrische Ströme,** zumal Wechselströme mit hoher Spannung, Verletzungen oder Tod in Folge von Unvorsichtig-

keit oder Verunglückung, z. B. beim Reissen der oberirdischen Zuführungsdrähte der Strassenbahnen erfolgen. Nach der Berührung mit der elektrischen Leitung treten entweder schwere nervöse Störungen, häufig verbunden mit Verbrennungen, auf oder der Tod erfolgt auf der Stelle.

Die Sektion ergiebt an der Berührungsstelle der Haut mit dem Träger der Elektrizität furchenartige Vertiefungen oder lochförmige Durchbohrungen, ferner Verbrennungen, sowie Hautblutungen. Selbstverständlich können auch hier durch das Zusammenstürzen des Individuums Verletzungen entstehen, welche nicht auf das Konto des elektrischen Schlages zu setzen sind.

Es ist bekannt, dass in Amerika die Hinrichtung durch die Elektrizität stattfindet; bekannt gewordene Misserfolge lassen diese Methode vorläufig nicht als eine ideale erscheinen. Der Tod erfolgt keineswegs immer plötzlich; es können zunächst Hirnerschütterungen oder Lähmungen eintreten; jedenfalls spricht der Befund von Lungenödem für eine mehr oder weniger lange Agone.

d. Tod durch abnorm niedrige Temperatur.

Die Einwirkung abnorm niedriger Temperatur kann durch mancherlei Umstände verstärkt oder aufgehoben werden; Gewöhnung an niedrige Temperatur ist verhältnissmässig leicht, zumal wenn dabei Bewegungen stattfinden; Regen oder starker, kalter Wind leisten der Kältewirkung Vorschub. Kleidung schützt selbstverständlich vor Einwirkung der Kälte, desgleichen ein gutes Fettpolster; heruntergekommene Individuen erliegen der Wirkung abnorm niedriger Temperatur viel schneller. Ebenso wie durch kalte Luft, kann durch Schnee oder durch Wasser mit schmelzendem Eis eine Erfrierung zu Stande kommen. Gefährdet sind besonders prominirende Theile, Nase, Hände, Füsse, namentlich wenn sie durch enge Handschuhe oder Stiefel ihrer normalen Blutzufuhr bis zu einem gewissen Grade beraubt sind.

Die Erscheinungen **des Erfrierens** machen sich zuerst durch ein stechendes Gefühl an den Fingern, besonders unter den Nägeln bemerkbar, die Hautgefässe ziehen sich bei dem einen Individuum zusammen, bei dem andern werden sie gelähmt. Wirkt nun in diesem Zustande die Kälte noch weiter ein, dann entsteht der erste Grad der Erfrierung, charakteristisch durch ein häufig persistentes oder rezidivirendes Erythem. Unter Erfrierung zweiten Grades versteht man wie bei der Verbrennung Blasenbildung; betraf die Erfrierung nicht nur die obersten Schichten der Haut, trat neben schmutzig-röthlichen Blasen oberflächliche Nekrose ein, so sprechen wir von einer Erfrierung dritten Grades. Totale Gangrän eines Gliedes stellt den vierten Grad der Erfrierung dar.

Uebereinstimmend wird berichtet, dass die Allgemeinwirkung abnorm niedriger Temperatur dadurch in die Erscheinung

tritt, dass zunächst eine starke Ermüdung stattfindet; der Gang wird unsicher und schwankend, das betreffende Individuum sinkt nieder, schläft ein, das Bewusstsein ist erloschen. Die Pupillen sind erweitert, Puls und Athmung sind verlangsamt, die Temperatur ist erniedrigt bis auf $+24^0$ und darunter, der ganze Stoffwechsel ist verlangsamt.

Die betreffenden Erscheinungen sind durch die abkühlende, Wärme entziehende Einwirkung der Aussentemperatur zu erklären. Besonderer Erwähnung werth ist das Verhalten der Muskulatur. Ein Jeder, der einmal bei grösserer Kälte eine Exkursion gemacht hat, ohne dabei in ganz besonders sorgfältiger Weise seine Hände und Arme zu schützen, kennt die Erscheinungen der Kältestarre, des sogenannten Klammwerdens der Finger; die Hände sind starr, aktiv unbeweglich, passiv sehr vermindert beweglich. Analog müssen die Erscheinungen des ermüdenden Erfrierenden gedeutet werden. Die Effekte bei Einwirkung abnorm niedriger Temperatur sind also ganz ähnliche, wie wir sie vorher bei der abnorm hohen Temperatur kennen gelernt haben. Dort sprachen wir von Wärmestarre, hier ist es füglich erlaubt, den Ausdruck Kältestarre zu gebrauchen und ihn als Folge der Einwirkung niedriger Temperatur auf die Muskulatur anzusprechen.

Der Sektionsbefund liefert die erwähnten Hautveränderungen. Innere Befunde sind nicht konstant und nicht charakteristisch; Ruptur des Schädels in seinen Nähten kann dadurch eintreten, dass der feuchte Schädelinhalt gefriert und so an Volumen zunimmt. Ein Erstarren der Leiche kann auch erst postmortal eintreten; peripherische Körpertheile, die erstarrt sind, können abbrechen.

Streitig ist die Frage, ob durch die Erfrierung Blutfarbstoff-Diffusion in der Haut zu Stande kommt; höchst wahrscheinlich sind aber hellrothe Flecke an nicht abhängigen Theilen charakteristisch dafür, dass durch die Kältewirkung während des Lebens Blutfarbstoff aus dem Gefässsystem austrat. Die Farbe der Todtenflecke ist häufig heller, als wir es sonst zu sehen gewöhnt sind.

I. Tod durch Vergiftung.

a) Allgemeines.

Betreffs der gesetzlichen Bestimmungen des Strafgesetzbuches (§§ 229, 324, 326) s. S. 103—105.

Eine Definition des **Begriffes „Gift"** giebt der Gesetzgeber nicht; er setzt dem Gift die Stoffe gleich, welche die menschliche Gesundheit zu zerstören geeignet sind. Sonach würde stets die medizinische Erfahrung für die Entscheidung der vorliegenden Frage ausschlaggebend sein. Insbesondere kommt in Betracht, ob mit Rücksicht auf die Qualität und Quantität des beigebrachten Stoffes und auf die körperliche Beschaffenheit desjenigen, dem der Stoff beigebracht wurde, die

Gefahr einer Gesundheitszerstörung vorhanden war oder nicht.[1]) Ob der betreffende Stoff chemisch oder mechanisch (Glasscherben, Nägel u. s. w.) wirkt, ist gleichgültig. Zu den Giften gehören somit auch die materiell übertragbaren Ansteckungsstoffe — Pockengift, Syphilisgift. Genügt die Quantität des Giftes und des Stoffes, welcher die Gesundheit zu zerstören geeignet war, nicht, so liegt ein strafbarer Versuch vor. Erforderlich für die Anwendung des § 229 St.G.B. ist endlich noch, dass der Thäter die Absicht hatte, die „Gesundheit zu beschädigen"; ob diese Absicht von Erfolg begleitet war, ist gleichgültig, es kommt nur auf die „Beibringung" an.

Bezüglich der **Toleranz gegen giftige Substanzen** besteht eine ausserordentliche individuelle Verschiedenheit; der Eine verträgt ziemlich viel von der betreffenden Substanz, gegen die ein Anderer geradezu eine Idiosynkrasie besitzt. Ferner ist von Wichtigkeit für den Eintritt der Vergiftungserscheinungen, ob der Stoff in Substanz oder in Lösung gegeben wird.

[1]) „Der Begriff des Giftes, welcher, wie die Mot. zu § 229 ausführen, vom Gesetze „beibehalten worden ist, weil er der hergebrachten Auffassung des gemeinen Lebens entspricht", setzt eben nach dieser letzteren Auffassung zum mindesten eine gesundheitzerstörende Eigenschaft voraus. Es ist überdies, wie die Mot. weiter hervorheben, durch den Zusatz: „oder andere Stoffe, welche die Gesundheit zu zerstören geeignet sind", hinreichend angedeutet, dass nach der Meinung des Gesetzes auch Gift objektiv dieselbe Eigenschaft besitzen müsse. Bei der Erörterung der Frage nun, ob der Brechweinstein, welchen der Angeklagte dem Dienstmädchen M. beibringen wollte, als Gift oder ein anderer zur Gesundheitszerstörung geeigneter Stoff zu betrachten sei, hat das Gericht zunächst als erwiesen angenommen, der Wille des Angeklagten sei nur darauf gerichtet gewesen, der M. eines der brechweinsteinhaltigen Plätzchen beizubringen. Von dieser Annahme ausgehend, hat das Gericht mit Recht die Frage für entscheidend erachtet, ob diejenige Quantität Brechweinstein, welche in jenem einen, für die M. bestimmten Plätzchen enthalten war, als Gift oder als ein anderer zur Gesundheitszerstörung geeigneter Stoff zu betrachten sei. Eine Substanz, welche lediglich durch ihre qualitative Beschaffenheit unter allen Umständen geeignet wäre, die Gesundheit zu zerstören, existiert nicht. Die gesundheitszerstörende Eigenschaft ist vielmehr stets eine relative, sie ist nicht blos von der Qualität, sondern auch von anderen Bedingungen, insbesondere von der Quantität des beigebrachten Stoffes und von der körperlichen Beschaffenheit der Person, welcher derselbe beigebracht worden, abhängig. Je nach der Verschiedenheit der in Frage kommenden Bedingungen kann derselbe Stoff bald als gesundheitszerstörend, bald als nur gesundheitsschädlich, bald als durchaus unschädlich, bald endlich als Heilmittel erscheinen. Der § 229 Str.-G.-B. konnte daher nicht einen abstrakten Begriff des Giftes oder eines anderen zur Gesundheitszerstörung geeigneten Stoffes im Auge haben; er ging vielmehr, wie in den Mot. zum Entw. des Gesetzes hervorgehoben ist, davon aus: „dass im einzelnen Falle mit Rücksicht auf die Qualität und Quantität des bezeichneten Stoffes, auf die körperliche Beschaffenheit desjenigen, welchem ein Stoff beigebracht worden, überhaupt mit Rücksicht auf die besonderen Umstände zu entscheiden sei, ob der Stoff als ein gesundheitsschädlicher (gesundheitzerstörender) zu erachten." Die Mot. fügen noch bei: „Es folge aus dem allgemeinen Grundsatze des § 59 des Gesetzes, dass dem Thäter die schädliche Eigenschaft bewusst gewesen sein müsse." Hiernach hat das Gericht mit Recht kein Gewicht darauf gelegt, dass nach dem Gutachten der Sachverständigen Brechweinstein in einer Quantität, wie sie in den 11 zu Gerichtshänden gebrachten Plätzchen enthalten war, gesundheitszerstörend hätte wirken können. Die in objektiver Richtung in Betracht kommende Frage aber, ob diejenige Quantität Brechweinstein, welche der Angeklagte der M. beibringen wollte, gegenüber der letzteren jene Eigenschaft hatte, sonach Gift oder ein anderer Stoff war, welcher geeignet gewesen, die Gesundheit zu zerstören, ist von dem Gericht verneint worden." (Urth. des R.-Ger., I. Str.-S., vom 14. Januar 1884.)

Ein Stück Phosphor kann zum Theil unverändert als Phosphor den Darm passiren, wenn es gross genug dazu ist, während eine Phosphorlösung resorbirt wird. In erwärmtem oder erhitztem Zustande gelangen die Stoffe schneller zur Resorption als in kaltem. Eine frische Droge enthält giftige Substanzen, getrocknet kann sie völlig unwirksam sein. Andere Substanzen pflegen durch Oxydation an der Luft in ungiftige verwandelt zu werden. Weiter ist von Wichtigkeit, ob nicht eine Gewöhnung an das in Frage kommende Gift eingetreten ist; Arsen, Alkohol, Morphin sind Beispiele dafür. Ist der Magen in dem Momente der Einverleibung des Stoffes mit Speise gefüllt, dann wird die Resorption des Giftes eine viel langsamere sein, als wenn er leer war und die Substanz mit allen Theilen seiner Schleimhaut in Berührung kommen konnte. Schliesslich ist noch des Umstandes zu gedenken, dass Kinder gegen Gifte im Allgemeinen viel weniger resistent sind, als Erwachsene. Man kann mit einem gewissen Vorbehalt sagen, dass pro Jahr etwa $^1/_{20}$ der tödtlichen Dosis für Erwachsene einem kindlichen Organismus entsprechen dürfte.

Wie verhält sich nun der Organismus, wenn zwei verschiedene Gifte ihm einverleibt werden? Findet hier eine Summation der Giftwirkungen statt, so dass z. B. aus zwei toxischen Effekten ein letaler werden kann? Diese Frage ist zu verneinen. Dagegen wird man bei Einverleibung von mehreren Giften die charakteristischen Folgeerscheinungen derselben neben einander vorfinden, vorausgesetzt, dass eine Einwirkung des später beigebrachten Giftes bis zum Eintritt des Todes überhaupt möglich war. Man muss sich auch stets vergegenwärtigen, dass in vielen Fällen, besonders bei der Verunglückung, Gegenmittel gegeben sind, welche ebenfalls anatomische Veränderungen hervorgerufen haben können, wodurch die Diagnose der eigentlich tödtlichen Vergiftung wesentlich erschwert wird. Dass auch differente Stoffe von Laien nicht selten als Gegenmittel angewandt werden, ist eine bekannte Thatsache; Jahre lang genoss z. B. Petroleum bei dem Publikum den Ruf eines besonders wirksamen Gegenmittels bei allen möglichen Vergiftungen.

Die **Eingangspforten** für die Gifte sind: der Mund, die Haut, und zwar die verletzte wie die unverletzte, ferner die Scheide und der Mastdarm. Durch Athmung kommen gasförmige giftige Substanzen in die Lunge, durch subkutane Einspritzung kann ein Gift unter die Haut gebracht werden.

Ob Gift zum **Selbstmord** oder zum **Mord** benutzt wird, oder ob mit ihm mehr **zufällige Vergiftungen** zu Stande kommen, hängt ganz von den Umständen des Falles ab. Im Allgemeinen lässt sich aber festhalten, dass auffallend und schlecht schmeckende Substanzen als Mittel zum Mord ungeeignet sind, es sei denn, dass es sich um Kinder oder Bewusstlose handelt; derartige Substanzen werden eher von Selbstmördern bevorzugt werden. Im Uebrigen giebt es wohl kein Gift, mit dem nicht schon sowohl ein Selbstmord, als auch ein Mord, oder eine zufällige Vergiftung bewirkt ist. Unter den

zufälligen Vergiftungen verstehen wir gewerbliche, technische, ferner ökonomische (z. B. durch zufällig vergiftete Nahrungsmittel) und medizinale (durch unrichtige Dosirung von Arzneimitteln seitens des Arztes oder fehlerhafte Herstellung seitens des Apothekers); ferner giebt es viele Gifte, die als Abortivmittel Verwendung finden und bei denen dann als unerwünschte Nebenwirkung Vergiftungserscheinungen eintreten. Endlich gehört noch zu den zufälligen Vergiftungen die grosse Gruppe der durch Verwechselung bewirkten Intoxikationen. Unter 397 Vergiftungen[1]), welche in den Jahren 1897 und 1898 in Preussen tödtlich verliefen, und bei denen aktenmässige Beläge über die Natur des Giftes vorlagen, waren nicht weniger als 239 zufällige.

Die **Wirkung des Giftes** kann eine lokale sein, oder die lokalen Erscheinungen an der Aufnahmestelle treten zurück, und die durch Aufnahme in den Organismus bewirkten Resorptionserscheinungen beherrschen das Bild, oder es sind drittens besonders an der Ausscheidungsstelle des Giftes (wie z. B. beim Sublimat im Dickdarm) anatomisch nachweisbare Krankheitssymptome vorhanden. Die Wirkung des Giftes kann abgeschwächt werden dadurch, dass es im Organismus in ungefährliche Modifikationen verwandelt wird, oder dass es eliminirt wird durch Erbrechen oder Magenausspülungen oder durch Abgang mit dem Koth. Nach grossen Dosen des Giftes pflegt eine akute Vergiftung aufzutreten, die entweder in Heilung, in ein subakutes bezw. chronisches Stadium oder in Tod übergeht. Chronische Vergiftungen treten besonders auf nach wiederholter Darreichung kleinerer Dosen.

Welcher Art die **Krankheitserscheinungen** sind, hängt natürlich ganz von der Art des einzelnen Giftes ab. Im Allgemeinen wird man aber bei anorganischen Giften eine toxische Gastroenteritis finden: stürmische Magen- und Darmerscheinungen, die auf Leber, Nieren u. s. w. sekundär nicht ohne Einfluss bleiben. Bei anderen Giften aber, so insbesondere bei den Alkaloiden, treten die Wirkungen des Giftes auf das Nervensystem in den Vordergrund; wir haben narkotische mit Lähmung einhergehende Gifte oder auch krampferzeugende; regelmässig folgt auf den Zustand der Reizung derjenige der Lähmung.

Bei der **Sektion** ist besonders auf einen abnormen Geruch zu achten (Phosphor, Cyankalium), ferner auf die Farbe der Todtenflecke (Kohlenoxyd, Kali chloricum), sowie auf Vertrocknungen, namentlich in der Nähe der Eingangspforten des Körpers, insbesondere des Mundes (Säuren). Für die innere Besichtigung hat das Regulativ, wie bereits angeführt, eine ganz spezielle Vorschrift erlassen, deren Beachtung an dieser Stelle nochmals betont werden muss. Im Uebrigen enthält das Regulativ keine Vorschriften, wie bei Inhalationsgiften verfahren werden soll; es dürfte indessen nicht zweifelhaft sein, dass in derartigen Fällen die Sektion in der üblichen Weise, d. h. nicht

[1]) O. Heimann: Vergiftungen in Preussen 1897 und 1898. Ärztliche Sachverst. Zeitung; 1900, No. 19.

nach dem Vergiftungsschema, zu erfolgen hat; die Zusammenstellung von Organen zur chemischen Untersuchung wird aber auch hier unter Fortlassung des Magens und Mageninhalts, zu bewirken sein.

Wir unterscheiden bei der Berücksichtigung des Sektionsbefundes erste und zweite Wege. Unter ersten Wegen verstehen wir solche, die direkt mit der Eingangspforte in Kontakt stehen, also z. B. Mund, Speiseröhre, Magen, Darm, unter zweiten diejenigen Theile des Organismus, in die das Gift sekundär hineingelangt, also z. B. in Leber, Nieren etc. Dass gerade bei der Beurtheilung des Befundes in den ersten Wegen grosse Aufmerksamkeit geboten ist, ist selbstverständlich; eine Reihe anderweitiger Erkrankungen können ähnliche Bilder hervorrufen, wie die Vergiftungen zu thun pflegen, z. B. können ein schwerer Magenkatarrh, eine Magenerweichung, ein Magen-Darmkatarrh an den Effekt eines metallischen Giftes denken lassen. Grünfärbung durch grün gefärbte Konserven oder Rothfärbung aus derselben Ursache, oder weil Nahrungsmittel von rother Farbe gegessen waren, können eine Magenblutung oder eine Schweinfurter Grün-Vergiftung vortäuschen. Dass das Regulativ bei Veränderungen des Magens, der Leber und anderer innerer Organe eine mikroskopische Untersuchung am frischen Objekt vorschreibt, ist bereits bei Besprechung der mikroskopischen Technik des Gerichtsarztes gebührend gewürdigt.

Wichtig ist die Frage, ob eine Vergiftung vital erfolgt ist, oder ob nicht etwa, sei es zufällig, sei es mit Absicht, post mortem ein Gift dem Körper einverleibt worden ist. Post mortem kann sehr wohl eine Schleimhaut angeätzt, oder Hämoglobin durch Schwefelsäure in Hämatin verwandelt werden, ebenso wie durch das genannte Gift eine Magenerweichung rein als Leichenerscheinung eintreten kann. Besonders ins Gewicht fallen für die Diagnose einer Vergiftung als einer vitalen Oedem und Blutungen; beide können nie postmortal durch Gift erzielt werden.

Das Regulativ schreibt vor, dass 1. Magen, Mageninhalt und Speiseröhre, 2. Organtheile, 3. Harn und 4. eventuell Blut zur **chemischen Untersuchung** bei der Sektion zurückzustellen sind. Diese Untersuchung besorgt der Gerichtschemiker, es sei denn, dass es sich lediglich um eine spektroskopische Blutuntersuchung handelt, die vom Gerichtsarzt ausgeführt werden muss. Die Frage, ob wegen zu erwartender Fäulniss den Organtheilen konservirende Flüssigkeiten hinzugefügt werden sollen, muss verneint werden, da diese Unreinlichkeiten enthalten oder andere Verbindungen mit den aufzusuchenden Giften eingehen können, welche die Feststellung des ursprünglichen Stoffes erschweren oder unmöglich machen. Jedenfalls ist es aber erforderlich, falls eine Zusatzflüssigkeit genommen werden soll, auch von dieser eine Probe dem Chemiker zur Untersuchung zu übermitteln.

Nothwendig ist es, dass der Gerichtsarzt wenigstens über den allgemeinen Gang der chemischen Untersuchung orientirt

ist. Der Chemiker theilt die zu untersuchende Substanz in mehrere Theile, einen stellt er zurück als Reserve, falls eine Untersuchung ihm missglückt, einen andern bestimmt er zur Untersuchung auf metallische Gifte, einen dritten zur Untersuchung auf Alkaloide. Bei der Untersuchung auf metallische Gifte wird der betreffende Theil erst einer Voroperation durch Ansäuren mit Schwefelsäure unterworfen; hierauf findet eine Destillation im Dunkeln statt, um evtl. sofort nach Mitscherlich Phosphor nachzuweisen. Das in der Vorlage angesammelte Destillat wird zunächst auf Blausäure geprüft, der Destillationsrückstand dann in dem Kolben behufs Zerstörung der organischen Substanz mit Salzsäure bei mässiger Wärme behandelt, und, wenn sich ein grosser Theil der Substanz gelöst hat, Kali chloricum dazu gesetzt behufs Oxydation. Hierauf wird filtrirt, der Filterrückstand, den Sehnen, Bindegewebe u. s. w. bilden, für etwaige spätere Untersuchungen zurückgestellt und das Filtrat einer Behandlung mit Schwefelwasserstoffgas unterworfen. Entsteht ein Niederschlag, dann kann es sich um Silber, Quecksilber, Blei, Kupfer, Arsen, Antimon oder Zinn handeln. Wird der Niederschlag durch Schwefelammon gelöst, so kommt eine der drei letzten Substanzen, Arsen, Antimon oder Zinn in Frage, bleibt er ungelöst, so kann eine Vergiftung durch eine der vier übrigen Substanzen vorliegen. Giebt Schwefelwasserstoff keinen Niederschlag, entsteht ein solcher dagegen nach Zusatz von Chlor-Ammonium, Ammoniak und Schwefel-Ammonium, dann kann Kobalt, Nickel oder Chrom vorhanden sein. Bewirken weder Schwefelwasserstoff, noch die eben erwähnten Reagentien der dritten Gruppe einen Niederschlag, so zeigt die Prüfung mit Ammoniak und kohlensaurem Ammonium die Anwesenheit von Baryum oder Strontium an; ergeben auch diese Reagentien keinen Niederschlag, dann ist eventuell noch ein Körper der fünften Gruppe, Kalium, Natrium oder Magnesium vorhanden.

Die Untersuchung auf Alkaloide kann nach Stas-Otto oder nach Dragendorff erfolgen. Das Verfahren nach Stas-Otto besteht darin, dass dem zu untersuchenden Substrat 90% Alkohol und Weinsäure bis zur sauren Reaktion hinzugefügt werden, worauf man den Alkohol verdampft und mit Aether ausschüttelt. Nach Verdunstung des Aethers wird der Rückstand mit den sogenannten Alkaloid-Reagentien geprüft, die im Wesentlichen Farbenreaktionen ergeben (Jod-Jod-Kaliumlösung, Tanninlösung, Phosphor-Molydänsäure, Phosphor-Wolframsäure, Phosphor-Antimonsäure u. s. w.). Zur Darstellung des Alkaloides wird man dann den Rückstand zu lösen suchen, alkalisiren, mit Amylalkohol versetzen, wieder mit Aether ausschütteln und so fort, bis das betreffende Alkaloid erlangt ist. Wichtig ist, dass das darzustellende Alkaloid auch alle für dieses Alkaloid bekannten Reaktionen geben muss; giebt es eine Reaktion nicht, so ist es eben nicht das Alkaloid, sondern höchstwahrscheinlich ein Leichenptomain.

Die Dragendorff'sche Methode beruht darauf, dass man mittelst Schwefelsäure aus dem Objekt einen Brei macht, worauf nach Zusatz von Alkohol durch Petroleum-Aether das Fett entfernt wird. Der Rückstand wird mit Benzol ausgeschüttelt und verdunstet, sodann mit Chloroform und evtl. weiter mit Petroleum-Aether nach Alkalisirung behandelt, um die einzelnen Alkaloide zu ermitteln.

Fällt die chemische Untersuchung negativ aus, so ist damit noch nicht gesagt, dass keine Vergiftung vorliegt. Wie schon bemerkt, kann das Gift den Körper bereits wieder verlassen und sich so dem chemischen Nachweis entzogen haben, oder es kann in anderweite Verbindungen überführt worden sein, die an sich nichts bedeuten, wie z. B. Phosphor in Phosphorsäure. Fällt die chemische Untersuchung positiv aus, so ist wiederum zu sagen, dass geringe Mengen einer giftigen Substanz oder gar nur Spuren für den Nachweis einer Vergiftung nicht viel beweisen; es wird schliesslich immer darauf ankommen, ob eine ausreichende Menge der giftigen Substanz durch die chemische Untersuchung hat dargestellt werden können, und ob diese einen Rückschluss darauf zulässt, dass die Gesammtmenge im Stande gewesen ist, einen Menschen zu tödten. Auch für die Entscheidung der Frage, ob vitale oder postmortale Beibringung des Giftes vorliegt, kann unter Umständen die chemische Untersuchung einen Anhalt liefern: der Nachweis eines Giftes im Magen, in der linken Niere und im unteren Theil des linken Leberlappens und das Fehlen des betreffenden Stoffes in der Leberkonvexität und in der rechten Niere, spricht nämlich für postmortale Einführung und nachträgliche Diffusion in die Umgebung. Solche diffundirenden Gifte sind u. a. Arsen, Sublimat, Oxalsäure, Salpetersäure; keine Diffusionserscheinungen zeigt Phosphor, wenige Kali chloricum.

Am wünschenswerthesten ist es jedenfalls, wenn der Chemiker durch das Gutachten des Gerichtsarztes bereits im Allgemeinen den Weg vorgezeichnet findet, den er zu gehen hat; er kann sich dann, wenn es sich um ein Aetzgift handelt, der Untersuchung auf Alkaloide sowie auf Phosphor und Cyankalium gänzlich entschlagen. Das Gutachten hat in solchem Falle einfach auszusprechen:

1) „Der Untersuchte ist in Folge von Vergiftung durch eine ätzende Substanz gestorben.

2. Wir haben in den Gefässen A. B. C. D. die vorgeschriebenen Organe zur chemischen Untersuchung zurückgestellt und übergeben dieselben hiermit dem Gericht."

Kann man sich im Gutachten dagegen positiver ausdrücken, so würde etwa zu sagen sein:

„Der Untersuchte ist an Cyankaliumvergiftung gestorben; wir stellen die Anstellung einer chemischen Untersuchung anheim, ohne dieselbe zu befürworten."

Dass es bei sehr vielen Giften allein schon durch die anatomische Untersuchung gelingt, eine Richtschnur für die Untersuchung zu gewinnen, ist allgemein anerkannt; nur die Alkaloide entziehen sich bis jetzt dem anatomischen Nachweis noch völlig. Zuweilen wird die chemische Untersuchung durch

den physiologischen Nachweis des Giftes zu ergänzen sein (Atropin, Strychnin), zuweilen durch eine sobald wie möglich nach dem Tode anzustellende bakteriologische Untersuchung (Fleischvergiftungen).

Eine systematische Gruppirung der Gifte ist ausserordentlich schwer, ja unmöglich, ein strenger Kritiker wird stets wichtige Gründe gegen jede Eintheilung anführen können; der Einfachheit halber aber empfiehlt es sich, folgende Gruppen zu unterscheiden: Aetzgifte, Stoffwechselgifte, Blutgifte, Gifte ohne anatomisches Substrat und Fleischgifte.

b) Vergiftungen durch Aetzgifte.

Die anatomische Wirkung der Aetzgifte beruht einmal auf der starken Reizung der Haut und Schleimhaut mit nachfolgender Nekrose (Aetzung) und zweitens auf der reaktiven Entzündung der Umgebung; häufig finden wir überdies an der Leiche eine ganze Reihe postmortal durch das Verweilen des Stoffes im Magen hervorgerufener Veränderungen.

α. Vergiftungen durch Schwefelsäure.

Das bei Vergiftungen am häufigsten angewendete Präparat der Schwefelsäure ist das im Handel erhältliche Oleum oder Vitriolöl (etwa 6fach verdünnte konzentrirte Schwefelsäure). Dieselbe zeichnet sich durch einen schlechten Geschmack aus und eignet sich aus diesem Grunde wenig zum Mord; als Mittel zum Selbstmord wird sie dagegen ziemlich häufig angewendet. Von Potatoren und spielenden Kindern wird sie gelegentlich aus Unvorsichtigkeit mit andern Substanzen verwechselt und getrunken; auch Irrigationen in die Scheide sind vorgekommen. Beliebt waren eine Zeit lang die Vitriolattentate, begangen durch Begiessen des Gesichts mit Schwefelsäure und meistens ausgeführt von verlassenen Mädchen oder Frauen; dieselben interessiren den Gerichtsarzt nicht sowohl, weil auch einmal ein Theil der Substanz in die Mundhöhle oder Nase und von dort zur Resorption gelangen kann, worauf dann Tod oder Siechthum (§ 224 St.G.B.) folgt, sondern auch wegen der erheblichen dauernden Entstellung, welche sich nach derartigen Angriffen häufig einzustellen pflegt (§ 224 St.G.B.).

Die Zahl der Schwefelsäurevergiftungen betrug in den Jahren 1897 und 1898 7,3 % aller ätiologisch genau kontrolierbaren Vergiftungen in Preussen.[1]) Als tödtliche Dosis gelten 4—5 g konzentrirte Schwefelsäure.

70—90prozentige Schwefelsäure lässt in $^1/_2$—1 Stunde nach einmaliger Berührung ein Loch in einem dicken leinenen Stoff entstehen, baumwollene Stoffe sind in wenigen Minuten durchlöchert; 20prozentige Schwefelsäure bewirkt diese Veränderungen nicht mit solcher Schnelligkeit und ruft, auf die Haut gebracht, erst nach längerer Zeit Braunfärbung oder Röthung hervor, während solche von mehr als 20prozentiger Schwefelsäure schneller bewirkt wird. Eine 2prozentige Schwefelsäure-

[1]) Siehe Heimann, l. c.

lösung vermag, wie der Thierversuch zeigt, noch eine hämorrhagische Gastritis herbeizuführen.

Die Erscheinungen einer Schwefelsäurevergiftung bestehen in Schmerzen im Schlund, Heiserkeit, Schmerzen in der Magengegend und Erbrechen oft schwarzer Massen; das Erbrochene reagirt sauer. Es besteht Durstgefühl, Angst, Neigung zum Kollaps; im Harn finden sich Eiweiss, daneben Methämoglobin oder Hämatin. Die Vergiftungserscheinungen setzen sofort nach der Einnahme des Giftes ein, wenn die Umstände günstig waren; bei gefülltem Magen, geringerer Konzentration u. s. w. können dagegen Stunden vergehen. Der Tod tritt entweder sehr bald unter Kollapserscheinungen oder durch Magenperforation oder Glottisödem ein, oder er erfolgt später durch Nachkrankeiten. In einer Reihe von Fällen tritt Heilung ein, selten vollkommen, häufiger mit Siechthum verbunden.

An Komplikationen finden sich Glottisödem, ferner Pneumonie und Nephritis. Uebersteht ein Individuum das akute Stadium, so kann Genesung eintreten unter Bildung von schweren Narben im Munde, in der Speiseröhre und im Magen. Die Oesophagusstrikturen sind röhrenförmig oder ringförmig, sie sitzen im obersten Abschnitt der Speiseröhre, in der Höhe der Bifurkation der Trachea oder der Kreuzungsstelle der Speiseröhre mit dem linken Bronchus, oder endlich an oder über dem Zwerchfell. Dass dann noch sekundär an Erschöpfung, trotz der Heilung im medizinischen Sinne, der Tod eintreten kann, versteht sich von selbst. Als Nachkrankheiten seien ferner interkostale Neuralgien genannt.

Bei der Sektion ergeben sich braune, harte Vertrocknungen in der Gegend des Mundes, die häufig von den Mundwinkeln streifenförmig nach abwärts ziehen. Solche Vertrocknungen können auch vorkommen durch Bisse von Küchenschwaben oder von Ameisen; die Verbreitung über den Körper hin wird die Differential-Diagnose erleichtern. Die Schleimhaut des Mundes ist in der Regel grauweiss, trocken und gefaltet. Diejenige der Speiseröhre zeigt häufig harte, weissliche Verschorfung, ebenso wie die des Duodenums. Der Magen ist zuweilen von derber Konsistenz, häufig aber auch sehr zerreisslich; die Farbe grau bis graubraun, der Inhalt schwärzlich, stark sauer reagirend; die Magenschleimhaut ist in eine schwärzliche oder bräunliche Masse verwandelt, innerhalb der Blutgefässe des Magens ist das Blut koagulirt, von graubrauner Farbe (Hämatin). Magenperforation kann, wenn sie ohne vitale Reaktion ist (wie die peritonale Reizung beweisen müsste), postmortal zu Stande gekommen sein; die benachbarten Organe zeigen Diffusionserscheinungen.

Die chemische Untersuchung ergiebt in den ersten Wegen, wenn die Untersuchung resp. die Sektion bald nach der Einführung des Giftes stattfindet, häufig noch Schwefelsäure; in der Regel aber finden sich nur die Salze der Säure. Schwefelsaure Salze beweisen aber als solche nicht eine Vergiftung, da sie auch sonst im Organismus vorkommen; eine quantitative Untersuchung allein kann eine Klärung ermöglichen.

Die Wirkung der Schwefelsäure beruht abgesehen von der Hitzeentwicklung auf Wasserentziehung, Koagulation von Eiweisssubstanzen und Auflösung der Kittsubstanz.

β. Vergiftung durch Salzsäure, Salpetersäure, Chromsäure und Essigsäure.

Salzsäurevergiftungen sind etwa ebenso häufig wie Schwefelsäurevergiftungen; in der oben erwähnten Statistik betragen sie 7,9% aller zur Feststellung gelangten; Fälle von Selbstmord oder Mord sind selten; häufiger geschehen Intoxikationen durch Unvorsichtigkeit und dergleichen. Auch bei dieser Vergiftung ist eine Säurewirkung auf das Blut, sowie eine Aetzwirkung auf Zellen und Kittsubstanz, in ähnlicher Weise wie bei der Schwefelsäure zu unterscheiden.

Die klinischen Erscheinungen der Salzsäurevergiftung sind derjenigen der Schwefelsäurevergiftung ausserordentlich ähnlich; das Erbrochene hat zuweilen eine bräunliche bis braungrüne Farbe; bei hoher Konzentration ist das Aufsteigen weisser Dämpfe aus dem Munde beobachtet worden. Der Tod erfolgt entweder im Laufe des ersten Tages oder an Komplikationen (Nephritis) oder durch Inanition in Folge der Strikturen. Der Sektionsbefund lässt korrosive Wirkungen auf der Haut vermissen; dagegen zeigen die Halsorgane zuweilen Aetzwirkungen und kroupöse Entzündungen; die Färbung des Magens ist häufig eine schiefrig graue.

Vergiftungen mit **Salpetersäure** werden theils durch Königswasser (Gemisch von Salzsäure und Salpetersäure) oder Scheidewasser (etwa 40—50 prozentige Salpetersäurelösung), theils durch rauchende Salpetersäure (Mischung von Untersalpetersäure und Salpetersäure) oder reine Salpetersäure bewirkt. Zu Mord- und Selbstmordzwecken ist Salpetersäure im Allgemeinen wenig gebräuchlich, die Mehrzahl derartiger Vergiftungen entstehen durch Zufall.

Die Krankheitserscheinungen haben grosse Aehnlichkeit mit denjenigen der Schwefelsäure- und Salzsäurevergiftung; das Erbrochene ist bei gewissen Fällen von gelblicher Farbe, eine Erscheinung, die dadurch bedingt wird, dass sich bei einer Vergiftung durch mindestens 33 prozentige Salpetersäure Gelbfärbung der Schleimhäute des Mundes, des Oesophagus, des Magens bis in den Darm herab durch Bildung von Xanthoproteinsäure einstellt. Diese bei der Sektion leicht festzustellende Färbung ist ausserordentlich charakteristisch und für die Diagnose neben den korrosiven Wirkungen in den ersten und den entzündlichen Wirkungen in den zweiten Wegen für das Vorliegen einer Salpetersäurevergiftung beweisend.

Sehr ähnlich dem Sektionsbefunde bei der Vergiftung mit Salpetersäure, ist derjenige bei der **Chromsäure-Vergiftung**, wenn diese durch Verwendung des zum Füllen von elektrischen Batterieen üblichen Gemisches von Chrom- und Schwefelsäure erfolgt. Die Chromsäure bewirkt auch eine gelbe bis gelbbraune Färbung und geringfügige Schwellung der Schleimhaut, kombinirt sich damit die korrosive Wirkung

der Schwefelsäure, so kann das Bild einer Salpetersäurevergiftung vorgetäuscht werden. Die chemische Untersuchung wird in solchen zweifelhaften Fällen den Ausschlag geben.

Die akute Chromsäurevergiftung zeichnet sich, abgesehen von den erwähnten Merkmalen: gelbrothe Färbung des Magendarmkanals und des Erbrochenen, sowie Schwellung der Schleimhaut des Intestinaltraktus, noch durch eine Nephritis aus, ähnlich wie wir sie bei der Sublimatvergiftung kennen lernen werden.

Die chronische Chromsäurevergiftung hat kaum gerichtsärztliches Interesse; sie ist eine gewerbliche Vergiftung und führt zu geschwürigen Prozessen an Hand und Fuss, sowie an der Nasenscheidewand, häufig mit Perforation der letzteren.

Die Vergiftung mit **Essigsäure** bietet in all ihren Punkten ein ähnliches Bild dar, wie die der eben erwähnten Mineralsäuren. Zur Differentialdiagnose ist der ausserordentlich charakteristische Geruch heranzuziehen.

γ. Vergiftung durch Karbolsäure, Lysol und Kreosot.

Vergiftungen mit **Karbolsäure** in Folge ärztlicher Massnahmen sind in den letzten Jahren seltener geworden, seitdem man nicht mehr in solchem Masse, wie früher, Karbol mit Wundflächen des Körpers in Berührung bringt; relativ häufig kommen sie dagegen in der Hebammenpraxis zur Beobachtung. Im Uebrigen ist die Empfänglichkeit des Körpers auch bei intakter Haut für Karbolsäure insofern eine ausserordentlich grosse, als das Gift Aetzungen verursacht, perkutan in die Blutbahn aufgenommen wird und so tödtlich wirken kann. Fälle, in denen Neugeborene von der Hebamme irrthümlicherweise am Nabel mit konzentrirter Karbolsäure verbunden werden, geben ein trauriges, aber instruktives Paradigma hierzu. Die tödtliche Dosis der Karbolsäure beträgt im Allgemeinen für Erwachsene $8^1/_2$ g. Konzentrirte Karbolsäure koagulirt die Eiweisssubstanz der Zellen; verdünnte Karbolsäure bewirkt Hyperämie und Blutung. In der mehrfach erwähnten Statistik kommt den Karbolsäurevergiftungen eine Frequenz von 15,3 % zu.

Der klinische Verlauf der Karbolsäurevergiftung zeigt verschiedene Formen: Der bei Operationen gelegentlich auftretende Karbol-Zufall läuft mit Krämpfen, Bewusstlosigkeit und evtl. mit Lungenödem einher; er kann vorübergehen, ohne nachherige Wirkung auf den Organismus, oder es kann durch die Aufnahme des Giftes in den Kreislauf der Tod erfolgen. Tritt die Resorption des Giftes langsam ein, dann treten Kopfschmerzen und rauschartige Delirien auf. Der Urin ist entweder von vornherein oder in Folge Nachdunkelns charakteristisch schwarz-grünlich gefärbt, durch Abspaltung des Hydrochinons aus der Hydrochinonschwefelsäure, als welche Karbolsäure zum Theil ausgeschieden wird; zum Theil findet sich Karbolsäure an Alkali gebunden. Ein dritter Theil der Karbol-

säure wird als Phenolätherschwefelsäure ausgeschieden. Karbolharn giebt bei Zusatz von Chlor-Baryum keinen Niederschlag; erst durch Kochen mit Mineralsäuren lösen sich die gepaarten Schwefelsäuren auf, und es entsteht ein Niederschlag von Schwefelbaryt, wenn man nunmehr Chlorbaryum dazu setzt. Sekundär können sich pneumonische Prozesse einstellen.

Der Leichenbefund ergiebt Karbolgeruch der Körperhöhlen, sowie Verschorfungen auch auf der Gesichtshaut, besonders aber im Oesophagus und im Magen, stets mit Diffusion in die Umgebung; die Farbe der Aetzschorfe der Schleimhäute ist hellgrau bis weisslich. Häufig sind nur die Spitzen der Falten durch das Gift geätzt, während ihre tieferen Theile eine geröthete hyperämische Schleimhaut zeigen. Waren seit der Vergiftung einige Tage verflossen, so besteht häufig Nephritis; der Uebergang in die zweiten Wege geschieht im Uebrigen ziemlich schnell, bereits nach 15 Minuten ist die Karbolsäure daselbst nachweisbar.

Die Karbolgangrän ist eine in Folge der koagulirenden Wirkung auf das Blut eintretende Ernährungsstörung des Körpers von wesentlich lokalem Charakter; Idiosynkrasie führt hier manchmal zu nicht gehofften, bedauernswerthen Effekten. Jedenfalls ist es wichtig, dass bei Verordnung von Karbolsäurelösungen zu Umschlägen die Gefahr des Eintrittes einer Karbolgangrän ständig im Auge behalten wird und eine ständige ärztliche Kontrolle stattfindet.

Carbolineum ist eine 85 % Phenol enthaltende und in ihrer giftigen Wirkung der Karbolsäure entsprechende Flüssigkeit.

Lysol wirkt ähnlich wie die Karbolsäure; die Aetzschorfe zeigen an den Schleimhäuten eine weisse, auf der Haut eine braune Farbe.

Vergiftungen durch **Kreosot** bieten klinisch Zyanose neben Magendarmkatarrh dar; bei der Sektion findet man Verätzung des Digestionstraktus einschliesslich des Magens, neben deutlichem Kreosotgeruch, der die Diagnose ohne Weiteres ermöglicht.

Gewehröl ist ein Gemisch von Substanzen, welche bei der Petroleumdestillation gewonnen werden. Klinisch äussert sich die Vergiftung durch katarrhalische Erscheinungen des Verdauungskanals.

δ. Vergiftung durch Oxalsäure.

Die Vergiftung durch Oxalsäure (Zuckersäure) erfolgt sowohl durch die Substanz selbst, als durch saures oxalsaures Kalium, das als Kleesalz eine ausgedehnte Verwendung bei der Wäsche u. s. w. findet. Das Mittel wird zum Selbstmord besonders von weiblichen Individuen benutzt; seine Verwendung zum Mord verbietet im Allgemeinen der saure Geschmack. Am häufigsten kommen Vergiftungen in Folge von Verwechselungen vor. Die tödtliche Dosis beträgt etwa 10 g.

Klinisch lassen sich im Laufe der Oxalsäurevergiftungen zwei Formen unterscheiden. Die eine Form führt ausserordentlich schnell zum Tode unter dem Eintritt von Allgemeinerscheinungen, die andere führt zu einem hämorrhagischen Magendarmkatarrh, Nierenentzündung, Lähmungen und Aphonie.

Die Sektion ergiebt bei den schnell letal endenden Fällen ausser dem Befund des Giftes in dem Magen unter Umständen wenig oder nichts. Diese Fälle sind selten. In der Regel finden sich Aetzungen der Speiseröhre und zwar, ähnlich wie bei der Karbolsäure und Schwefelsäure, weisse, harte, trockne Verschorfungen. Aehnlich ist der Effekt im Duodenum; im Magen kann dagegen der Befund verschieden sein: entweder sind nur einige vom Oesophagus ausstrahlende Verschorfungen vorhanden, oder die Magenschleimhaut ist geschwollen, hyperämisch und hämorrhagisch, oder in Folge der Säurewirkung ist das Hämoglobin zu saurem Hämatin umgewandelt, so dass eine intensive Braunfärbung besteht. Es steht dahin, wie weit diese Färbung postmortal zu Stande kommt, zumal die Diffusionswirkung des Giftes sich an den benachbarten Organen in ziemlich ausgedehnter Weise äussert. Krystalle von oxalsaurem Kalk zeigen sich im Magen in Form von klinorhombischen Prismen, die in Salzsäure löslich, in Kalilauge, Essigsäure und Alkohol dagegen unlöslich sind. Ebenso findet sich auch Oxalsäure in den Nieren zwischen Rinde und Mark, makroskopisch als weisse Streifung kenntlich.

Dass auch oxalsaure Krystalle in einer ganzen Reihe von Medikamenten vorkommen, ist bemerkenswerth. Wir erwähnen nur Rhabarbar. In zweifelhaften Fällen wird sich schliesslich durch Erhebungen feststellen lassen, ob Rhabarber genommen ist; vor allem werden häufig die zahlreich vorhandenen, stellenweise wie ein dickes Pulver der Magenschleimhaut aufliegenden Krystalle beweisen, dass es sich um eine Oxalsäurevergiftung handelt.

ε. Vergiftung durch Kali- oder Natronlauge und durch Ammoniak.

Die **Lauge, Laugenessenz, Seifenstein** oder **kaustische Soda,** unter welchen Namen sie im Handel vorkommt, eignet sich unter welchen Namen sie im Handel vorkommt, eignet sich wegen ihres widerlichen Geschmackes nicht zum Mord; sie wird auch wenig zum Selbstmord benutzt, Vergiftungen mit dem Mittel kommen vielmehr am häufigsten durch Zufall vor. Ueber die letale Dosis lässt sich nichts Bestimmtes bei der Kalilauge aussagen; ein Schluck der 30—40 prozentigen Lösung dürfte namentlich bei Kindern zur Hervorbringung des tödtlichen Effektes genügen, auch eine 5 prozentige Lösung hat bereits einmal zum Tode geführt.

Die klinischen Folgen einer Laugenvergiftung bestehen zunächst in den Magen- und Darmerscheinungen einer toxischen Gastroenteritis; das Erbrochene reagirt stark alkalisch, es hat nach einiger Zeit eine bräunliche Farbe in Folge von Beimengung von Blut, dessen Hämoglobin in Hämatin umge-

wandelt ist. Der Ausgang kann schnell durch Kollaps ein tödtlicher werden oder der Tod wird durch sekundäre Komplikationen oder durch Inanition in Folge narbiger Schrumpfungsprozesse herbeigeführt.

Die Sektion ergiebt zuweilen weiche bräunliche Schorfe in der Umgebung des Mundes, ausserdem einen wesentlichen Unterschied von der Säurevergiftung insofern, als bei der Laugenvergiftung eine seifige Beschaffenheit, eine Aufquellung und Transparenz der Schleimhaut besteht, während bei der Säurevergiftung trockne, weissliche, brüchige, undurchsichtige Schorfe vorhanden sind. Aber die Verätzungen der Lauge können denen der Säurevergiftung ähnlich werden, wenn die Flüssigkeit aus den verätzten Schichten hat verdunsten können, oder wenn nach Einverleibung von Säure als Gegenmittel die gelösten Albuminate ausgefällt sind, und endlich wenn später die Alkalescenz abgenommen hat. Derartige Veränderungen zeigen sich an der Zunge, im Rachen und in der Speiseröhre, seltener im Magen; in diesem findet man hauptsächlich Schwellungen, Hyperämie und besonders flächenweise Blutungen der Schleimhaut neben alkalischer Reaktion des Mageninhalts; die Blutungen sind eigenthümlich röthlich wegen der Umwandlung des Blutfarbstoffes in alkalisches Hämatin. Mit der veränderten Konsistenz der verätzten Partien der Magenschleimhaut hängt es auch zusammen, dass dieselben nicht wie bei der Säurevergiftung mechanisch zum Ausfall kommen, sondern durch entzündliche Vorgänge exfoliirt werden. Die Strikturen bilden ein weiteres unangenehmes Ueberbleibsel einer Laugenvergiftung; im günstigsten Falle haben sie wenigstens keine Komplikationen im Gefolge, in anderen Fällen finden wir dagegen parösophageale Abszesse, zum Theil mit Durchbruch in die Pleura, zum Theil auch mit einfacher seröser Pleuritis. Auch phlegmonöse Gastritis wird als Komplikation beobachtet.

Was die chemische Untersuchung betrifft, so gelingt der Nachweis des freien Alkali so gut wie nie; ähnlich wie bei den Säuren wird man sich auch hier an den Nachweis der Salze halten müssen.

Pottasche (Kalium-Karbonat) sowie Kali-Seifen (grüne und schwarze) wirken ähnlich wie Kalilauge. Kalium nitricum (Salpeter) kann auch unter Umständen tödtlich wirken, weniger durch Aetzwirkung als in Folge der herzlähmenden Kaliwirkung. Soda (Natrium-Karbonat) verdient nicht die Bezeichnung eines Aetzmittels, kaum die eines Giftes.

Ammoniak ist in seltenen Fällen schon als Mittel zum Selbstmord gewählt worden; häufiger sieht man die Effekte dieses Mittels bei ungeschickten Wiederbelebungsversuchen, bei denen den Ohnmächtigen das Gift in die Nase gegossen wurde, von wo aus es sich dann weiter abwärts verbreiten konnte. Als Wirkung findet man schwere kroupöse Entzündungen der Hals- und Rachenorgane. Ist Ammoniak dem Verdauungstraktus einverleibt, so wird man das klinische wie anatomische

Bild einer schweren Gastroenteritis vermuthen dürfen. Einathmung von Ammoniakdämpfen bewirkt Erstickungsgefühl, Schwindel sowie Conjunctivitis neben Magenerscheinungen.

ζ. Vergiftung durch Silber- und Kupfersalze.

Argentum nitricum kann zu akuten und chronischen Vergiftungen Veranlassung geben. Die Symptome der akuten Höllensteinvergiftung bestehen in Erbrechen weisser Massen, die sich am Licht schwärzen und gelegentlichen Diarrhoen; nebenher sind Allgemeinerscheinungen beobachtet. Bei der Sektion findet man, namentlich wenn das Gift in Substanz genommen wurde, weissliche, sich später schwärzende Aetzschorfe im Rachen und auf der Magenschleimhaut.

Die chronische Silbervergiftung kommt zu Stande, wenn Höllenstein lange zum Touchiren äusserlich oder innerlich z. B. gegen Epilepsie, Chorea u. dgl. genommen wurde. Das charakteristische Zeichen der Argyrie ist die Schwärzung der dem Licht ausgesetzten Hautpartien. Am Zahnfleisch zeigt sich ein sich durch seine mehr violette Farbe vom Bleisaum unterscheidender Silbersaum. Die inneren Organe weisen mikroskopisch Imprägnirung mit dem zunächst als Silberalbuminat im Kreislauf befindlichen Metall auf.

Eine akute **Kupfervergiftung** kann durch das Sulfat oder die Acetate (Grünspan) des Kupfers zu Stande kommen. Erbrechen grünblauer Massen, Diarrhöen, welche zunächst blutig, später durch Bildung von Schwefelkupfer braunroth gefärbt sein können und Allgemeinerscheinungen, wie Krämpfe, Schwindel u. dgl. sind die hauptsächlichsten Erscheinungen. Bei der Sektion findet sich Gastroenteritis mit stellenweis blaugrüner Färbung des Verdauungstractus, die durch Ammoniak tiefblau wird. Die chronische Kupfervergiftung (Aeruginismus[1]) hat wegen der von vielen Seiten für unbedenklich gehaltenen Verwendung des Kupfers bei der Nahrungsmittelkonservirung (Kupferung gewisser Konserven, Bereitung von Brod, das aus gekupfertem Getreide hergestellt ist) ein gewisses gerichtsärztliches Interesse. Sie tritt auf als Gastroenteritis oder als Colica aeruginalis (Aerugo = Grünspan) mit Grünlich-gelbfärbung der Haut und Bildung eines dunkelen, später purpurrothen Saumes am Zahnfleich.

η. Vergiftung durch Sublimat und Blei.

In Folge seines unangenehmen metallischen Geschmackes wird das Sublimat für Mordzwecke kaum benutzt; häufiger dagegen zum Selbstmord, besonders nachdem es durch die bekannten Angerer'schen Pastillen ziemlich leicht erhältlich geworden ist. Medizinale Vergiftungen mit Sublimat sind ebenfalls nicht selten; bevor man seine deletäre Wirkung namentlich in der Geburtshilfe kennen gelernt hatte, kamen sie allerdings noch häufiger vor. Die tödtliche Dosis des Mittels beträgt im Allgemeinen 0,2 g.

---

[1]) Kobert: Lehrb. d. Intoxikationen. Stuttgart 1893. Verlag v. Enke; S. 288.

Das klinische Bild der Vergiftung stellt sich zunächst als das einer toxischen Gastroenteritis dar, die, wenn genug von dem Mittel genommen war, von Kollaps und Exitus unmittelbar gefolgt sein kann. Eine zweite Form der Sublimatvergiftung charakterisirt sich durch Nachlassen der initialen Erscheinungen des Magendarmkatarrhs, worauf sich alsbald eine schwere, bis zur Anurie führende Nephritis einstellt; unter urämischen Erscheinungen tritt dann der Tod ein. Stomatitis mercurialis, Colitis, Proctitis mercurialis sind in der Regel dabei vorhanden, namentlich fehlt die Colitis selten. Heilung kann eintreten, wenn sich nach der anfänglichen Magendarmstörung keine oder nur leichte Reizerscheinungen von Seiten der Nieren zeigen.

Bei der Sektion ergeben sich, wenn grosse Dosen des Giftes einverleibt sind, korrosive Wirkungen auf der Magenschleimhaut. Die Schleimhaut ist geschwollen, in der Submucosa finden sich Blutungen; die oberflächlichsten Partien der Schleimhaut selbst sind hellgrau-gelblich verschorft, zuweilen verquicken sich die hämorrhagischen Färbungen mit den durch das Eosin der Angerer'schen Pastillen veranlassten zu einem eigenthümlichen Eosin-Blutfarbengemisch; auch im Oesophagus und dem Rachen, sowie im Kehlkopfeingang können sich oberflächliche Aetzungseffekte verbunden mit Hämorrhagie zeigen. Die Nieren finden sich in diesem Falle trübe und wenig geschwollen. Die typischen Fälle zeigen aber gerade Aetzungserscheinungen in den oberen Verdauungswegen nicht; sie sind charakterisirt durch eine schwere mit Fettmetamorphose einhergehende Nephritis mit Kalkinfarkten. Der Kalk findet sich innerhalb der Epithelien und in dem Lumen der Harnkanälchen, nicht an der Spitze der Papillen; er verdankt seine Entstehung der die Kalksubstanz der Knochen lösenden Sublimatwirkung. Im Dickdarm und im Munde sind gangränös nekrotische Prozesse vorhanden, welche die Diagnose einer Sublimatvergiftung ausserordentlich erleichtern.

Bekannt ist die chronische, durch Bleisaum des Zahnfleisches, Kolik, Arthralgie, Zephalalgie, Paresis saturnina und Nephritis interstitialis charakterisirte **Bleivergiftung,** die u. a. namentlich durch bleihaltiges Leitungswasser verursacht werden kann. Das Blei der Bleiröhren kann nämlich in das Wasser übergehen, wenn dieses arm an Salzen der alkalischen Erden ist, so dass sich nicht der schützende Ueberzug von kohlensaurem Kalk bildet, wenn Luft längere Zeit in den Leitungsröhren stand, ein Umstand, der leichtlösliches Bleihydroxyd zu Stande kommen lässt; findet sich freie Kohlensäure im Wasser, so wirkt diese direkt bleilöslich. Akute Bleivergiftungen können ebenso wie subakute durch Bleizucker, ferner durch Bleiweiss hervorgerufen werden. Kolik und Verstopfung charakterisiren das Krankheitsbild, während der Leichenbefund durch den Nachweis des Bleisaumes am Zahnfleisch bei subakuten Fällen, und durch die Zeichen des Darmkatarrhs bei akuten Fällen die Diagnose ermöglicht, die ausserdem durch die chemische Untersuchung weiter gesichert werden kann.

c. Vergiftung durch Stoffwechselgifte.

Hierunter verstehen wir diejenigen Gifte, welche weniger durch eine lokale Wirkung, als durch Resorption für das betreffende Individuum von deletären Folgen sind. An der Grenze von Aetzgiften und Stoffwechselgiften steht die arsenige Säure, die unter gewissen Umständen auch noch Aetzwirkungen zeigen kann, im Allgemeinen aber durch ihre schnelle Resorption tödtlich wirkt.

α. Vergiftung durch arsenige Säure.

Von den Arsenpräparaten ist besonders die arsenige Säure für den Gerichtsarzt von Interesse wegen ihrer starken Giftigkeit, wegen der Möglichkeit, sie in Anbetracht ihrer Geschmacklosigkeit zu Mordzwecken in ausgedehnter Weise zu gebrauchen und endlich wegen der Exaktheit, mit welcher der chemische Nachweis des Giftes zu führen ist. Die arsenige Säure ist im Wasser im Verhältniss von 1 zu 15 löslich; ihre tödtliche Dosis beträgt 0,1—0,2 g. Sie ist von weisser Farbe, krystallinisch, geschmack- und geruchlos. Von anderen Arsenpräparaten kommen in Betracht die Solutio Fowleri, der rothe Realgar (2fach Schwefel-Arsen), das gelbe Auripigment (3fach Schwefel-Arsen), das Scheele'sche Grün (arsenigsaures Kupferoxyd), das Schweinfurter Grün (essig- und arsenigsaures Kupferoxyd gemischt), Arsensäure und Arsenwasserstoff; letztere Substanz ist im Uebrigen ein Blutgift. Alle angeführten Präparate enthalten mehr oder weniger arsenige Säure. Die Häufigkeit der Arsen-Vergiftung beträgt nach der oben erwähnten Statistik 3,8% aller beobachteten Fälle.

Dass die arsenige Säure ein altbekanntes Mittel zum Giftmord ist, lehrt die Geschichte: Die Aqua Tofana soll zum Theil aus arseniger Säure bestanden haben, von dem Poudre de succession zur Zeit Louis XIV., dem Altsitzerpulver in Preussen kann das mit Bestimmtheit gesagt werden. Die Beibringung des Giftes kann entweder durch Nahrungsaufnahme, oder durch Einreibung auf die Haut, oder durch Einführung in die Scheide erfolgen; alle drei Wege, per os, per vaginam und die perkutane Anwendung können zum gewünschten Ziele führen.

Bezüglich der klinischen Erscheinungen der Arsenvergiftung lassen sich 4 verschiedene Formen unterscheiden: 1. Arsenicismus acutissimus, einhergehend mit schweren Allgemein-Erscheinungen und Krämpfen; 2. die akute Form, ähnlich wie die Cholera asiatica verlaufend, sich von dieser aber — abgesehen von dem Fehlen der charakteristischen Vibrionen — dadurch unterscheidend, dass sich zunächt Erbrechen und nachher Durchfall einstellt; 3. die subakute Form, bei der nach primären Magendarmerscheinungen eine Remission

eintritt, in der sich Herpes, Hautblutungen und papulöse Exantheme entwickeln können; 4. die chronische Form, beginnend mit Magendarmstörungen, denen Hauterkrankungen folgen, häufig kombinirt mit Schleimhauterkrankungen (Conjunctivitis, Bronchitis) und endend mit Parästhesien und motorischen Störungen (Arsenlähmung).

Der Leichenbefund der Arsenvergiftung wird entsprechend den angeführten Verlaufsformen ein verschiedener sein müssen. Bei der ganz akuten Form wird man zuweilen einen völlig negativen Sektionsbefund haben, zuweilen auch eine mässige Gastroenteritis. Wichtig ist hier besonders der chemische Nachweis. Die akute choleraartige Form kennzeichnet sich durch die Erscheinungen eines typischen Magendarmkatarrhs: die Magenschleimhaut ist geschwollen, getrübt, häufig hämorrhagisch, auf der Serosa können sich peritonitische Auflagerungen vorfinden; war die arsenige Säure unverdünnt genommen, so kann auch wohl oberflächliche Nekrose auf der Magenschleimhaut vorhanden sein. Daneben wird man die charakteristischen oktaedrischen, häufig mit abgestumpften Kanten versehenen Krystalle, welche auf der Schleimhaut liegen, mit dem Mikroskop nachweisen können. Leber und Nieren zeigen parenchymatöse Entzündung, am Herzen sind häufig ausgedehnte subendokardiale Ekchymosen nachweisbar.

War die Vergiftung durch Schweinfurter Grün erfolgt, dann besteht Grünfärbung des Mageninhalts. Der Befund einer rothbraunen Färbung des Mageninhalts kann für die Anwendung des offizinellen Antidotum Arsenici sprechen.

Erfolgte die Darreichung des Giftes nicht per os, sondern per vaginam, so bietet die Scheide das Bild einer kroupösen Colpitis, während in den zweiten Wegen, Nieren, Leber, Magen etc. ebenfalls parenchymatöse Entzündung gefunden wird. Letztere findet sich auch bei der Anwendung durch die Haut.

Der chemische Nachweis kann, wenn es sich um den Befund von krystallinischen Massen im Magen handelt, sehr einfach geführt werden, indem man die Krystalle in einem Röhrchen hinter glühender Kohle erwärmt und die Sublimirung des Arsenspiegels an dem verengten Ende des Röhrchens beobachtet. Sonst wird die organische Substanz durch Behandlung mit Salzsäure und chlorsaurem Kali zerstört, dann die erhaltene Flüssigkeit mit Schwefelwasserstoffgas behandelt, hierauf das Filtrat unter Zusatz starker Salpetersäure eingedampft, danach Schwefelsäure zugesetzt und abermals eingedampft, der Rückstand sodann neutralisirt, zur Trockne eingedämpft, mit Salpeter und kohlensaurem Natron geschmolzen, und schliesslich die Schmelze durch Ausgiessen über Porzellan zum Erstarren gebracht. Löst sich die erstarrte Schmelze im Wasser, so kann sich nur Arsen gelöst haben, da die beiden anderen in Betracht kommenden Metalle, Antimon und Zinn, bei dieser Behandlung in Wasser nicht löslich sind. Die wässrige Lösung wird nun noch in den Marsh-schen Apparat gebracht, in dem der sich entwickelnde Arsen-

wasserstoff an verengten Stellen des Trockenröhrchens hinter einer darunter gehaltenen Flamme den charakteristischen Arsenspiegel erstehen lässt. Derselbe löst sich in unterchlorigsaurem Natron, wird durch Schwefelwasserstoffwasser gelb gefärbt und giebt nach Erhitzen einen intensiven, charakteristischen, an Knoblauch erinnernden Geruch zum Unterschied vom Antimonspiegel, der nach Behandlung mit Schwefelwasserstoffwasser rothes Schwefel-Antimon liefert und durch unterchlorigsaures Natron nicht gelöst wird. Das Trockenröhrchen wird nach beendeter Untersuchung zugeschmolzen und dem Gericht als Corpus delicti vorgelegt.

Neuerdings hat eine von Gosio zuerst angegebene biologische Methode des Arsennachweises verdiente Beachtung gefunden. Dieselbe beruht darauf, dass Schimmelpilze, am besten Penicillium brevicaule, beim Wachsthum auf arsenhaltigen Nährböden, flüchtige, intensiv nach Knoblauch riechende Arsengase abspalten, welche demgemäss zum Nachweis kleinster Arsenmengen verwendet werden können. Die Methode lieferte noch positive Resultate, wo die Prüfung im Marsh'schen Apparat im Stich liess.

Bei dem positiven Ausfall der chemischen Untersuchung hat man folgende Einwände zu beachten: das betreffende Individuum kann arsenhaltige Medikamente erhalten oder arsenhaltige Brunnen getrunken haben, oder ein Arsenikesser gewesen sein; es können auch die Kirchhofserde oder die Kleider des Verstorbenen oder die ihm in die Hand gegebenen Blumen Arsen enthalten haben, das sich durch Diffusion den Leichentheilen mittheilte. Ein negativer Ausfall der als ziemlich souverän anzusehenden Prüfung ist im Allgemeinen beweisend dafür, dass eben keine Arsen-Vergiftung vorliegt, es sei denn, dass es sich um eine subakute Form handelt, bei der die Darreichung Monate zurückliegt, und das Gift deshalb aus dem Körper wieder ausgeschieden worden ist. Der Nachweis des Arsens bei derartigen Fällen hat sich besonders auf die Untersuchung des Gehirns und der Knochen zu erstrecken. Scherbatscheff[1]) konnte bei einer Einführung von 3 cg Arsen das Gift nach 67 Tagen noch im Gehirn, nicht aber in den Knochen nachweisen, bei 6 cg nach 106 Tagen in den Knochen und im Gehirn, bei 9 cg nach 5 Monaten noch in den Knochen. Der Einwand, dass etwa aus der Kirchhofserde Arsen in die Leiche diffundirt sein kann, gebietet die Vorsichtsmassregel, bei etwaigen Exhumationen stets Friedhofserde aus der Nähe des Grabes, sowie aus einem entfernteren Theile des Kirchhofes zur chemischen Untersuchung mit einzusenden. Dass auch der Arsengehalt der verwandten Reagentien zu Irrthümern Veranlassung geben kann, mag nebenbei erwähnt werden.

Leichen von Individuen, die durch arsenige Säure vergiftet sind, zeigen häufig die Erscheinungen einer Mumifikation; es ist fraglich, ob diese Mumifikation auf eine spezifische Arsenikwirkung zurückzuführen ist, oder ob dieselbe nicht

[1]) S. Annales d'hygiène publique et de médecine légale; 1898, No. 2.

im Grabe unter sonst günstigen Umständen an wasserarmen Leichen erfolgte, nachdem durch schwere Flüssigkeitsverluste intra vitam eine Disposition zur Mumifikation gegeben war.

8. Vergiftung durch Phosphor.

Man unterscheidet zwei Modifikationen des Phosphor: weissen Phosphor, der giftig ist, im Dunkeln leuchtet, mit stark leuchtender Flamme brennt und einen ganz charakteristischen Geruch besitzt, und rothen Phosphor, der ungiftig ist. Ersterer wird zur Herstellung von Zündhölzern, sowie als Ungeziefermittel benutzt, während sich der rothe Phosphor auf der Reibfläche der schwedischen Streichholzschachteln in ganz geringer Menge findet. Obwohl der eigenthümliche Geschmack und Geruch des Phosphor ihn als Mittel zum Mord ungeeignet machen sollten, ist doch eine ganze Reihe von derartigen Giftmorden bekannt; beliebt war er früher als Mittel zum Selbstmord. Die Häufigkeit der Phosphorvergiftungen hat aber seit der Einführung der schwedischen Zündhölzer erheblich abgenommen; sie betrug in den Jahren 1897 und 1898 in Preussen 8,3% der zur Feststellung gelangten Vergiftungen. Oekonomische Vergiftungen sind nicht selten beobachtet worden, z. B. bei Kindern durch Essen der als Ungeziefermittel ausgelegten Mäusepillen; bekannt ist auch der Fall, wo eine Magd durch Genuss von Salat vergiftet wurde, in dem ein hineingefallenes Packet Phosphorstreichhölzer eine geraume Zeit mazerirt war. Als Aphrodisiacum genoss der Phosphor früher einen Ruf; der Lichtträger sollte auch zur Hebung der Libido sexualis beitragen. Medizinale Vergiftungen durch Phosphor kommen von Zeit zu Zeit zur Beobachtung, namentlich bei rachitischen Kindern, die Phosphorleberthran erhalten. Als Abortivum war und ist Phosphor beliebt; zur Zeit scheint seine Beliebtheit zu diesem Zweck sogar noch zu wachsen. Durch Untersuchungen schwedischer Forscher ist es festgestellt, dass thatsächlich ein Abortus durch Phosphor erfolgen kann, ohne dass die Mutter daran zu Grunde geht. Die Vorbedingung zu diesem günstigen Ausgange scheint die wiederholte Darreichung kleinerer Gaben zu sein. Die Anzahl der Opfer, die der Anwendung des Phosphor zu Abortivzwecken erlagen, ist eine sehr grosse; die Anzahl derjenigen, die ihn mit Glück ohne Nachtheil angewandt haben, ist vielleicht nicht so gross, jedenfalls aber unkontrolirbar.

Die tödtliche Dosis des Phosphor beträgt 0,1 g für den erwachsenen Menschen; die Menge des Phosphor, die in einer Schachtel Zündhölzer enthalten ist, entspricht dieser Quantität im Allgemeinen. Den Exitus eines Kindes können wenige Kuppen von Phosphorzündhölzern bewirken.

Neben den allgemeinen Verhältnissen, welche das Zustandekommen einer Vergiftung per os überhaupt erleichtern oder erschweren, kommt in Frage, ob Phosphor in Substanz oder in Lösung genommen wird. Fette und Oele lösen Phosphor sehr gut, die Milch ist daher als Gegenmittel bei einer Phosphor-

vergiftung ungeeignet und ihre Verordnung, wenn sichere Anzeichen einer solchen vorhanden sind, direkt fehlerhaft, ebenso wie die Darreichung von Rizinusöl.

Die Applikation des Giftes kann auch durch Hautwunden erfolgen, wenn Phosphor in Salbenform oder ähnlich angewandt ist.

Klinisch lassen sich 3 Formen der Phosphorvergiftung unterscheiden: 1. Phosphorismus acutissimus, charakterisirt durch schwere Allgemein-Erscheinungen nervöser Art; der chemische Befund ist in den ersten Wegen hier stets positiv. 2. Akute Phosphorvergiftung, beginnend mit Magenerscheinungen, Erbrechen, Druckgefühl im Halse und Magen; das Erbrochene riecht nach Phosphor, leuchtet eventuell im Dunkeln; danach pflegt eine Remission einzutreten, die mehrere Tage andauern kann. Die nunmehr auftretenden Resorptionserscheinungen zeichnen sich durch Icterus mit starker Lebervergrösserung, Hautblutungen und Blutungen in allen inneren Organen und endlich durch Auftreten einer schweren Nephritis aus. In diesem Stadium kann der Tod erfolgen oder es tritt langsame Heilung ein, indem die Leberschwellung allmählich zurückgeht, der Icterus verschwindet, die Blutungen zur Resorption gelangen, und die Nephritis in Heilung übergeht. Die Untersuchung des Urins ergiebt, dass der Gesammtstickstoff vermehrt ist, dass aber weniger Harnstoff ausgeschieden wird, als in der Norm, und dass sich anderseits Pepton, Ammoniak, Leuzin, Tyrosin, Fleischmilchsäure im Harn dafür vorfinden; es besteht also eine Herabsetzung der Oxydationsprozesse bei gesteigertem Eiweisszerfall. An Komplikationen können sich bei der akuten Phosphorvergiftung in Folge von Blutungen zwischen Uteruswand und Eihäuten Abortus, ferner Lähmungserscheinungen in Folge einer peripherischen toxischen Neuritis einstellen; weiter sind Exantheme und endlich Hautgangrän beobachtet, die vielleicht auf eine bei der starken Fettmetamorphose der parenchymatösen Organe zuweilen vorhandene Fettembolie zurückzuführen ist.

Differential-diagnostisch kommt die akute gelbe Leberatrophie in Betracht, die ebenfalls mit Blutungen, Icterus und anfänglicher Leberschwellung einhergeht. Gewiss ist es in manchen Fällen unmöglich, eine Differentialdiagnose zu stellen, doch wird in der Regel der Ausfall der chemischen Untersuchung, sowie das Bestehen einer Atrophie der Leber bereits im Beginn der Krankheit auf die richtige Spur führen. Die sogenannte Leber-Eklampsie der Gebärenden verläuft ebenfalls ganz ähnlich wie die Phosphorvergiftung; auch hier wird der Nachweis der Causa peccans, d. h. der Gravidität oder der Geburt, ferner der Ausfall der chemischen Untersuchung die Diagnose ermöglichen. Auch eine Pilzvergiftung, die Phallinvergiftung, hervorgerufen durch den Knollenblätterschwamm, Agaricus phalloides, ähnelt der Phosphorvergiftung; der Nachweis der Pilzbestandtheile im Magendarmkanal oder die Feststellung, dass Pilze genossen waren, wird für die Klärung des Falles von Wichtigkeit sein. Desgleichen

stellt sich die Safranvergiftung unter einem ganz ähnlichen Bilde dar, wie die Phosphorvergiftung; über ihren Nachweis gilt das eben Gesagte.

Die 3. Form der Phosphorvergiftung ist die chronische Phosphorvergiftung oder die Phosphor-Kiefernekrose; dieselbe tritt namentlich bei Individuen auf, die sich, wie die Zündholzarbeiter, permanent in einer phosphorhaltigen Atmosphäre bewegen, mit unreinen Händen ihre Nahrung verzehren und kariöse Zähne besitzen. Reichsgesetzliche Bestimmungen, die den Betrieb in den Phosphorfabriken regeln, haben eine Verminderung der Erkrankungen zur Folge gehabt. Die Affektion besteht in einer Nekrose namentlich des Unterkiefers, aber auch anderer Knochen des Gesichts; sie ist als solche nicht unbedingt tödtlich, kann aber Siechthum oder auch den Tod durch Entkräftung zur Folge haben.

Der Sektionsbefund wird bei den sehr akuten Fällen im Wesentlichen negativ sein; Leber, Nieren und Herz zeigen nur eine leichte albuminöse Trübung.

Bei den akuten Fällen ergeben sich Icterus und zahlreiche Blutungen der Haut und Schleimhaut, Muskelblutungen, subseröse Blutungen, sowie Blutungen im hinteren Mediastinum und in seltenen Fällen zerebrale Apoplexie. Die Nieren sind fettig metamorphosirt, und zwar stellt gerade die Phosphorniere das typische Beispiel einer Fettmetamorphose dar. Die Leber zeigt ebenfalls Fettmetamorphose; zum Theil findet sich das Fett durch Wanderung bereits aus den Acinis entfernt und junges, gefässreiches Bindegewebe ist an die Stelle getreten. Die Primitivbündel des Herzens zeigen gleichfalls Fettmetamorphose.

Der chemische Nachweis des Phosphor geschieht zunächst durch die Scherer'sche Vorprobe. Man bringt eine kleine Menge des Untersuchungsobjektes in einen Kolben, hängt in diesen einen mit neutraler Lösung von salpetersaurem Silber benetzten Streifen von Fliesspapier und verkorkt. Schwärzung spricht für die Anwesenheit von Phosphor oder Schwefelwasserstoff; der Nachweis des letzteren geschieht durch mit Bleizuckerlösung getränktes Fliesspapier in derselben Weise.

Die ausschlaggebende Prüfung auf Phosphor geschieht nach Mitscherlich durch Destillation des dünnflüssigen und angesäuerten Untersuchungsobjektes in einem dunkeln Raum: Phosphor verflüchtigt sich beim Kochen mit Wasser reichlich, und die entweichenden Dämpfe leuchten abgekühlt bei der Berührung mit der Luft; wenige Milligramm Phosphor leuchten eine viertel Stunde und darüber. War Phosphor bereits in phosphorige Säure übergeführt, so geschieht die Prüfung nach Dusart und Blondlot: Durch die Einwirkung von naszirendem Wasserstoff auf das Phosphor oder phosphorige Säure enthaltende Untersuchungsobjekt entsteht ein Gasgemisch, das in einer neutralen Lösung von Silbernitrat einen schwarzen Niederschlag hervorbringt; dieser, aus Phosphorsilber bestehend, liefert bei Behandeln mit Zink und verdünnter Schwefelsäure ein Gas, das mit grüner Flamme brennt.

γ. Vergiftung durch Chloroform, Äther, Bromäthyl und Chloral.

Chloroformvergiftungen kommen durch Narkotisiren seitens eines Dritten, durch Selbstnarkotisiren und durch Trinken des Mittels zu Stande. Das Narkotisiren kann auch gewohnheitsmässig geübt werden und stellt sich dann als chronische Chloroformvergiftung dar. Eine Chloroformvergiftung in Folge Narkotisirens durch einen Dritten präsentirt sich entweder als medizinale Vergiftung oder als Mord; Fälle letzter Art sind selten.

Bei medizinalen Vergiftungen wird der Sachverständige in der Regel nicht nur die Frage zu beantworten haben, ob ein ursächlicher Zusammenhang vorhanden ist zwischen dem Tode und der Narkose, sondern auch, ob der Arzt bei Anwendung der gewöhnlichen Aufmerksamkeit den eingetretenen Erfolg hätte voraussehen können. Bezüglich der ersten Frage ist festzustellen, dass bei der Sektion entdeckte schwere parenchymatöse Veränderungen am Herzen dafür sprechen, dass kein Chloroformtod, sondern ein Tod durch Herzparalyse vorliegt, wie er bei geschwächtem Herzen zuweilen erfolgt; aber auch durch eine lang anhaltende Narkose kann Fettmetamorphose des Herzmuskels primär hervorgerufen werden. Hat der Arzt ferner vor der Narkose das Herz untersucht, hat er beengende Kleidungsstücke entfernt, Gebisse aus dem Munde nehmen lassen u. s. w., so wird man die zweite der gestellten Fragen verneinen müssen, zumal wenn die erforderlichen Maassnahmen, um das entfliehende Leben zurückzuhalten, getroffen worden sind. (König'sche Herzstösse, künstliche Athmung, Phrenikusreizung.) Ein zweiter Gehilfe bei der Narkose braucht vom Arzt nicht hinzugezogen zu werden. Eine weitere Vorbedingung ist jedoch, dass ein gutes Chloroform genommen wird. Den Arzt trifft hierbei nur dann ein Vorwurf, wenn er etwa altes, zersetztes Chloroform aus seinem Besitze zur Narkose benutzt hat; war das Mittel dagegen frisch aus der Apotheke bezogen, dann trägt der Apotheker die Verantwortung. Das Arzneibuch verlangt, dass mit zwei Raumtheilen Chloroform geschütteltes Wasser blaues Lackmuspapier nicht röthen darf, auch soll bei Ueberschichtung über eine verdünnte Silbernitratlösung keine Trübung entstehen; bei Schütteln mit Jodzinkstärkelösung darf weder eine Bläuung derselben, noch eine Färbung des Chloroforms eintreten. In Chloroform getränktes Filtrirpapier darf nach dem Verdunsten des Chloroforms keinen Geruch mehr abgeben. 20 ccm Chloroform sollen bei häufigem Schütteln mit 15 ccm Schwefelsäure in einem 3 cm weiten, vorher mit Schwefelsäure gespülten Glase mit Glasstöpsel innerhalb einer Stunde die Schwefelsäure nicht färben.

Die Krankheitserscheinungen der Chloroformvergiftung können wir bei jeder Chloroformnarkose studiren: dem Lähmungsstadium geht stets ein mehr oder weniger langes Exzitationsstadium voran. Ein tödtlicher Ausgang kann eintreten reflektorisch durch Athemstillstand beim Beginn der Narkose, durch Herzparalyse auf der Höhe der Narkose, durch Erstickung in Folge Erbrechens, Zurücksinkens des Zungengrundes und ähnlicher erstickender Mo-

mente, z. B. auch durch Lähmung des Athemzentrums auf der Höhe der Narkose und endlich nach Beendigung der Narkose in Folge von degenerativen, durch das Chloroform verursachten Vorgängen an den inneren Organen. Gewisse Urinveränderungen sind bemerkenswerth; sie bestehen in einer Steigerung der Stickstoffausscheidung, in einer Änderung der Ausscheidung des Schwefels im Harn derart, dass ein besonders hoher Bruchtheil dieses Körpers in Form von sogenanntem neutralen Schwefel ausgeschieden wird, und in einer länger andauernden Steigerung der Kochsalzausscheidung durch den Harn.

Die Sektion hat zuweilen völlig negative Resultate, mitunter wird aber der Befund eines Chloroformgeruchs in der Brust- und Kopfhöhle erhoben; jedoch spricht ein derartiger Geruch nicht absolut dafür, dass das Chloroform die Ursache des Todes ist. Das rechte Herz zeigt manchmal eine auffallende Faltung des Randes nach vorn; zuweilen findet sich ein Erstickung bedingendes Hinderniss in den Athemwegen oder, wie schon angeführt, Verfettungsvorgänge an den inneren Organen, Leber und Niere, besonders aber am Herzen.

Äther erfreut sich als Anästheticum seit dem letzten Jahrzehnt einer grossen Beliebtheit; gewisse Kontraindikationen schränken seine Brauchbarkeit als Inhalationsanästheticum jedoch etwas ein, z. B. Bronchialkatarrh. Dafür aber ist die schädigende Wirkung des Äthers auf die Organe des Körpers eine bei weitem nicht so schwere wie beim Chloroform. Es treten keine Verfettungen der parenchymatösen Organe auf, auch nicht nach längerer Anwendung, wenigstens nicht solche, dass sie denen des Chloroforms auch nur annähernd gleichen. Auch die Urinveränderungen sind nicht derartig, dass sie auf eine schwere Alteration des Stoffwechsels durch Äther schliessen lassen. Die unglücklichen Zufälle bei der Äthernarkose sind theils asphyktischer Art, theils synkoptischer.

Neuerdings wird in gewissen Theilen Deutschlands, namentlich in den östlichen Landstrichen Preussens der Äther innerlich als berauschendes Getränk, als Surrogat des Alkohols genommen. Die Betäubung tritt nach Äthereinführung schneller ein, als beim Alkohol; die Schädigungen des habituellen Äthermissbrauchs ähneln denen des chronischen Alkoholismus.

Auch **Bromäthyl** kann unglückliche Zufälle bei der Narkose zu Stande kommen lassen, und zwar in allen Stadien derselben, wie das Chloroform. Zuweilen wurde statt des Bromäthyls das giftigere Bromäthylen genommen. L. Lewin hält es für fehlerhaft, eine mit Bromäthyl eingeleitete Narkose mit Chloroform fortzusetzen. Bezüglich der Schuldfrage verweisen wir auf das oben bei Besprechung der Chloroformvergiftung Gesagte. Die oft aufgeworfene Frage, ob ein Zahntechniker oder sonst wer überhaupt narkotisiren dürfe, regelt sich durch die Freigabe des ärztlichen Gewerbes in Deutschland: heilen kann Jeder, also auch die zur Heilung nothwendigen Eingriffe in den Organismus mit Einwilligung des betreffenden Patienten machen, doch wird mit Recht, wenn auch vielleicht nicht ganz konsequenter Weise gefordert, dass bei jeder Narkose durch einen nicht approbirten Heilkundigen ein

approbirter Arzt zugegen sei. Die Frage der fahrlässigen Gesundheitsbeschädigung oder Tödtung wird nicht immer mit Sicherheit zu beantworten sein, da die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen einer durch einen nicht approbirten Vertreter der Heilkunde bewirkten Narkose und dem Todesfall häufig ebensowenig zu bejahen sein wird, wie die Frage, ob der Todesfall bei Anwendung der gewöhnlichen Aufmerksamkeit hätte vermieden werden können.

Chloralhydrat kann bei Ueberschreiten der Maximaldosis (3,0 g bezw. 6,0 g) leicht tödtlich wirken. Der Nachweis geschieht durch den Befund von katarrhalischen Erscheinungen des Magendarmkanals, sowie durch die chemische Untersuchung; auch chronischer Missbrauch von Chloral wird beobachtet.

δ. Vergiftung durch Alkohol.

Bei der Alkoholvergiftung haben wir die akute Intoxikation von dem chronischen Alkoholismus zu unterscheiden. Bezüglich der akuten Alkoholvergiftung ist zunächst zu bemerken, dass die tödtliche Dosis nach Analogie des Thierversuches für den Menschen etwa 6 cbcm pro kg beträgt; individuelle Verhältnisse lassen hier Schwankungen in ziemlich weiten Grenzen zu Stande kommen. Die klinischen Erscheinungen der akuten Alkoholvergiftung zeigen ein anfängliches Exzitationsstadium, dem sehr bald ein Depressionsstadium folgt; der Athem riecht nach Alkohol, das Bewusstsein ist geschwunden, die Pupillen sind erweitert und reaktionslos, Athmung und Puls sind verlangsamt. In diesem Stadium kann der Tod eintreten. Die Sektion ergiebt alsdann hyperämische Zustände der Meningen und des Gehirns, sowie im Magen und Darm; daneben ist die volle Blase, die bis zum Nabel reichen kann, ein wichtiges, die Diagnose erleichterndes Merkmal.

Der chemische Befund ist zuweilen ein negativer, häufig aber positiv, indem der Urin, durch den 1% des Alkohols ausgeschieden wird, werthvolle Befunde liefert.

Der chronische Alkoholismus präsentirt sich als eine mit Tremor der Extremitäten und der Zunge, Rachen- und Magenkatarrh, Reizzuständen seitens des Herz- und Gefässsystems und der Hirnhäute einhergehende Erkrankung. Mit zunehmendem Gebrauch des Alkohols verliert das Individuum die Resistenz gegen das Gift. Die besondere Bedeutung des Alkoholismus chronicus liegt im Uebrigen schliesslich auf psychiatrischem Gebiet. Die Sektion ergiebt ein starkes Fettpolster, Pachymeningitis hämorrhagica, Pharyngitis, Atheromatose, chronische Nephritis, Hepatitis und Gastritis. Die eigentliche Säuferleber ist übrigens nicht die zirrhotische, sondern die Fettleber.

ε. Vergiftung durch Blausäure.

Die reine Blausäure (CNH) stellt eine farblose Flüssigkeit von eigenthümlichem Geruche dar; sie ist ausserordentlich leicht zersetzlich, aus Cyankalium wird sie bereits durch die Kohlensäure der Luft, noch besser durch andere Säuren, z. B. auch

durch die Salzsäure des Magens frei gemacht. In einem von uns untersuchten Falle hatte ein Selbstmörder, übrigens ein Chemiker, neben einer Flasche mit Cyankaliumlösung auch eine Flasche mit Salzsäure bei sich, augenscheinlich, um ganz sicher den gewünschten Effekt einer Blausäurevergiftung zu erzielen. Aus dem Amygdalin der bitteren Mandeln kann sich bei Anwesenheit von Wasser durch das neben dem Amygdalin stets vorhandene Enzym Emulsin, Blausäure, Zucker und Bittermandelöl bilden; Amygdalin ist somit ein Glykosid. Ferner findet sich Blausäure in der Aqua Amygdalarum amararum und zwar zu 0,1 % sowie in verschiedenen Liqueuren, z. B. Marasquino. Cyankalium enthält 39 % Blausäure; es wird in der Technik namentlich von Photographen und Bronzeuren viel verwendet.

Die Blausäure ist nach unseren Beobachtungen momentan das beliebteste Gift zum Selbstmord. In der bereits mehrfach erwähnten Statistik bilden die Blausäurevergiftungen allerdings nur 3,5 % aller beobachteten Vergiftungen. Die tödtliche Dosis der Blausäure beträgt 0,06 g, diejenige des Cyankalium 0,18 g. Durch organische Stoffe werden wässrige Lösungen von Cyankalium braun gefärbt und unwirksam in Folge Zersetzung in Ammoniak und ameisensaures Kali. Gewöhnlich wird Blausäure per os genommen, aber auch jede andere Applikationsstelle ist geeignet, Vergiftungserscheinungen zu Stande kommen zu lassen.

Die Krankheitserscheinungen der Blausäurevergiftung zeigen einen ausserordentlich schnellen Verlauf: In der Regel stürzen die Individuen, welche das Gift aufgenommen haben, unmittelbar danach mit einem Schrei zu Boden; es stellen sich klonische Krämpfe ein, denen bald terminale Athembewegungen folgen; die Herzthätigkeit überdauert das konvulsive Stadium in der Regel bedeutend. Der Schrei kann fehlen; nach der Aufnahme des Giftes können auch von dem Betreffenden noch geordnete Handlungen, wie Wegschliessen der das Gift enthaltenden Flasche und anderes mehr vollzogen werden.

Das Wesen der Blausäurevergiftung ist, dass die Gewebe unfähig werden, dem Blute Sauerstoff zu entziehen; der Eintritt der Vergiftungserscheinungen und der wie bei einer Erstickung durch Abschluss der Athemwege typische Ablauf kennzeichnen die Vergiftung durch Blausäure als eine innere Erstickung.

Der Sektionsbefund ist häufig charakterisirt durch die hellrothe Farbe der Todtenflecke, stets durch den charakteristischen Geruch der Körperhöhlen, zumal der Kopfhöhle. Gelingt es nicht, über den Geruch ins Klare zu kommen, so empfiehlt es sich, ein Organ, z. B. das Gehirn oder den Mageninhalt in einem verschlossenen Gefäss eine Zeit lang stehen zu lassen und alsdann den Deckel zu lüften; der vorher nicht deutliche Geruch nach Blausäure wird, wenn er überhaupt vorhanden ist, nunmehr deutlich wahrnehmbar sein. Der Mageninhalt ist zuweilen hämorrhagisch; spektroskopisch präsentirt er sich

nicht selten als cyanhämatinhaltig oder auch wohl in Folge der Laugenwirkung als alkalisches Hämatin enthaltend. In vielen Fällen aber lässt sich auch in dem hämorrhagischen schleimigen Mageninhalt eine spezifische Blutveränderung nicht nachweisen, und das Spektroskop zeigt nur die Anwesenheit von Oxyhämoglobin an. Die Reaktion des Mageninhalts ist bei Vergiftung durch Cyankalium alkalisch. Die Magenschleimhaut ist geschwollen, gefaltet und ödematös, in Folge der Laugenwirkung nicht selten seifig anzufühlen und theils hämorrhagisch, theils hyperämisch. Endlich finden sich noch neben subserösen Ekchymosen Ansammlungen von hämorrhagischem, ausserordentlich zähem Schleim im Rachen und neben dem Kehlkopfeingang.

Ist der Erfolg der Blausäurevergiftung kein tödtlicher, so tritt Heilung ein, und zwar meist schnelle Heilung ohne jeden Defekt.

Chemischer Nachweis: Bereits bei der Sektion kann man sich durch eine chemische Reaktion leicht von der Anwesenheit der Blausäure überzeugen. Bringt man nämlich Fliesspapierstreifen, welche mit Guajaktinktur und nachher mit Kupfervitriollösung (1 : 10000) imprägnirt sind und eine bräunliche Farbe aufweisen, in die Atmosphäre des Sektionssaales oder noch besser mit dem blausäurehaltigen Mageninhalt in Verbindung, so stellt sich bald eine Blaufärbung der Papierstreifen ein. Diese Reaktion ist zwar nicht für Blausäure unbedingt beweisend, macht ihre Anwesenheit aber sehr wahrscheinlich. Der negative Ausfall der Reaktion dagegen spricht so gut wie sicher gegen ihre Anwesenheit. Beweisend für die Anwesenheit von Blausäure entweder in dem Destillat von Leichentheilen oder in einer zu untersuchenden Flüssigkeit ist die Berliner Blaureaktion: Kalilauge und Blausäure giebt mit Eisenoxydul resp. Eisenvitriol gelbes Blutlaugensalz; während dieser Umsetzung ist eine theilweise Oxydation des Eisenvitriols eingetreten und dieses Eisenoxyd geht durch Salzsäure in Eisenchlorid über, Eisenchlorid und gelbes Blutlaugensalz ergeben aber Berliner Blau. Kobert empfiehlt das Destillat neutralisiert zu einer 1-4% Methämoglobinlösung, welche durch Zusatz einer Spur rothen Blutlaugensalzes zu einer Blutlösung hergestellt ist, hinzuzusetzen. Falls Blausäure anwesend ist, tritt schöne Rothfärbung der braunen Methämoglobinlösung ein (Cyanhämatin).

d. Vergiftung durch Blutgifte.

Unter Blutgiften verstehen wir diejenigen Stoffe, welche das Oxyhämoglobin des vergifteten Individuums in mehr oder weniger umfassender Weise (nicht nur lokal an der Einführungsstelle) charakteristisch verändern. Häufig zeigt sich das Blut bereits makroskopisch verändert; auch die Formelemente des Blutes können durch manche Blutgifte, wie sich mikroskopisch erweisen lässt, Destruktionen erleiden.

a. Vergiftung durch Kali chloricum.

Das Kali chloricum nimmt unter den Blutgiften eine besonders hervorragende Stelle ein, weil es als Prototyp eines

Methämoglobin bildenden Blutgiftes gelten kann, und daneben noch eine zweite Eigenschaft vieler Blutgifte besitzt, nämlich diejenige, die Blutkörperchen zu zerstören. Die Veränderungen des Blutfarbstoffes bestehen makroskopisch in einer bräunlichen Verfärbung des Blutes; spektroskopisch lässt sich ein im Roth gelegener schmaler Streifen bei C nachweisen. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Zerstörungen von rothen Blutkörperchen, deren Trümmer sich in Milz und Nieren nachweisen lassen. Von den beiden Eigenschaften des Kali chloricum, den Blutfarbstoff umzubilden und die Blutkörperchen zu zerstören, überwiegt die erstere. Im Uebrigen sei gleich hier hervorgehoben, dass nach den Untersuchungen von Dittrich keineswegs bei den Blutgiften, welche Methämoglobin bilden, beide Eigenschaften Hand in Hand zu gehen brauchen. Es giebt Blutgifte, welche im Wesentlichen eine Umänderung des Blutfarbstoffes hervorbringen, z. B. Antifebrin, Nitroglyzerin, Nitrobenzol; andere wieder zerstören vorwiegend rothe Blutkörperchen, so Arsenwasserstoff, Toluylendiamin und Guajakol.

Die Kali chloricum-Vergiftung tritt vor allen Dingen als medizinale in die Erscheinung: Die Empfänglichkeit der Menschen für das Gift ist eine verschiedene; im Allgemeinen kann man annehmen, dass die tödtliche Dosis für einen erwachsenen Menschen 15—30 g beträgt. Auch zu Selbstmordzwecken ist Kali chloricum verwendet worden.

Wir unterscheiden, was den Krankheitsverlauf betrifft, eine akute und eine mehr subakute Form. Bei der akuten Form treten bald Athemnoth, Erbrechen und Diarrhoe auf; der Tod erfolgt unter den Erscheinungen der Herzparalyse. Die subakute Form, die sich über mehrere Tage hinzieht, kennzeichnen neben Zyanose und Magendarmerscheinungen nervöse Symptome wie Schwindel und allgemeine Schwäche, bald gesellt sich Icterus und eine schwere Nephritis dazu, die mit Hämoglobinurie und schliesslich mit Anurie einhergeht. Der Tod kann in diesem Stadium erfolgen, oder es tritt Genesung ein; von Nachkrankheiten sind Ischias sowie Hautblutungen beobachtet.

Die Sektion zeigt bei der äusseren Besichtigung als besonders charakteristisch eine eigenthümlich graue Farbe der Todtenflecke, sowie eine braune Farbe des Blutes und der inneren Organe, die von der Umwandlung des Oxyhämoglobins in Methämoglobin herrührt. Während dies in den akuten Fällen häufig die einzige Veränderung ist, zeigen die subakuten zuweilen Milztumor, bedingt durch Ablagerung der zerfallenen Erythrozyten in der Milz, Magendarmkatarrh und eine schwere Nephritis mit Hämoglobin-Infarkten, die häufig schon makroskopisch als braune Streifung sichtbar sind.

β. Vergiftung durch Nitrobenzol (Mirbanöl) und Nitroglyzerin.

Das **Nitrobenzol** oder Mirbanöl ist eine ölige, hellgelbe Flüssigkeit von einem charakteristischen, stechenden, an bittere Mandeln erinnernden Geruch; letztere Eigen-

schaft hat dem Stoff dazu verholfen, in ausgedehnter Weise bei der Verfälschung von Bittermandelpräparaten (Seifen, Parfums etc.) Verwendung zu finden. Gerichtsärztlich zu bemerken ist, dass Nitrobenzol als Mittel zum Selbstmord sowie als Abortivum Verwendung gefunden hat. Die tödtliche Dosis beträgt etwa 1 g.

Die Vergiftungserscheinungen setzen nach einem mehrstündigen latenten Stadium ein und bestehen im Wesentlichen in nervösen Symptomen, wie Bewusstlosigkeit, Krämpfen, Schwäche, Pupillenerweiterung, Erbrechen und ferner in starker Zyanose; das Blut zeigt Umwandlung des Oxyhämoglobins in Methämoglobin; die Expirationsluft lässt den charakteristischen Geruch des Giftes erkennen.

Die Sektion ergiebt Nitrobenzolgeruch der Organe und braunrothe Blutfarbe; spektroskopisch ist es nur selten gelungen, Methämoglobin nachzuweisen.

Nitroglyzerin ist eine gelbliche Flüssigkeit von eigenthümlichem süsslichen Geschmack; es findet theils als solches, theils mit 25% Infusorienerde oder Kieselguhr gemischt, als Dynamit Verwendung, und zwar kommen neben zufälligen Vergiftungen, die durch die leichte Resorbirbarkeit des Giftes von der Haut aus begünstigt werden, auch Fälle von Mord vor. Wir sehen hier wiederum als klinische Erscheinungen starke Zyanose, ferner Magendarmerscheinungen, die sich bis zu blutigen Diarrhöen steigern können und nervöse Störungen, wie Kopfschmerzen, Schwindel und Delirien; die Dauer der Vergiftung kann mehrere Tage betragen.

Der Sektionsbefund bietet im Allgemeinen nichts Charakteristisches dar, abgesehen von den katarrhalischen Erscheinungen im Magendarmkanal.

γ. Vergiftung durch Schwefelwasserstoff.

Vergiftungen durch Schwefelwasserstoff kommen besonders dadurch zu Stande, dass Kloakenarbeiter in lange Zeit verschlossen gewesene Gruben hinabsteigen.

Wir unterscheiden hier wiederum zwei Formen, eine akute und eine subakute; bei der akuten Form stürzen die Leute plötzlich todt zusammen in Folge Lähmung des Athemzentrums. Bei der subakuten Form werden nervöse und Magendarmerscheinungen beobachtet; letztere bestehen in Erbrechen und Diarrhöe; die nervösen Erscheinungen stellen sich dar als ein unerträglicher Hinterkopfschmerz, der mit Delirien, Krämpfen und Ohnmachten komplizirt sein kann.

Die Sektion der vor kurzer Zeit an Schwefelwasserstoff gestorbenen Individuen kann ganz negative Befunde ergeben, insbesondere verdient hervorgehoben zu werden, dass das Blut sich spektroskopisch nicht als Sulfhämoglobin enthaltend darstellt, während doch beim Durchleiten von Schwefelwasserstoffgas durch eine Blutlösung das Sulfhämoglobin-Spektrum erzeugt werden kann; es ist dies ein Streifen etwa zwischen Roth und Gelb kurz vor D, beiläufig derselbe Streifen, den man auch bei der spek-

troskopischen Untersuchung der Flüssigkeit von Fäulnissblasen wahrnehmen kann. War die zur Sektion gelangte Leiche bereits etwas älter, dann kann eine für die Schwefelwasserstoff-Vergiftung sehr charakteristische Erscheinung beobachtet werden, nämlich die ausserordentlich schnelle Umwandlung der Hautfarbe der Leiche in eine grüne bis grünlich-braune — die Blutfarbe wird nahezu schwarz und die Farbe der Organe verändert sich in ein bräunliches schmutziges Grün. War der Tod erfolgt, indem das betreffende Individuum in die Abortgrube hineinstürzte, nachdem es unter dem Einfluss des giftigen Gases zunächst bewusstlos geworden war, so werden sich in den Luftwegen, im Magen und Darm noch Theile des Kloakeninhaltes aspirirt vorfinden.

δ. Kohlenoxydvergiftung.

Kohlenoxydvergiftungen kommen durch Kohlendunst oder durch Leuchtgas zu Stande. Kohlendunst findet sich als das Produkt der Verbrennung von Kohlen oder Holz; er kann sich also ebenso gut bei einer Feuersbrunst entwickeln, als in den sogenannten Kohlenbecken, die zur Erwärmung von Wohnräumen oder zur Austrocknung unfertiger Bauten dann und wann benutzt werden. Er entsteht auch durch den Gebrauch der Ofenklappe, welche die Verbrennungsgase anstatt in den Schornstein in das Zimmer treten lässt, sowie bei Rissen und Sprüngen im Ofen; endlich sind Kohlendunstvergiftungen beobachtet worden bei abzuglosen Oefen, so z. B. beim Fahren in geheizter Droschke, bei Benutzung von Kohlen-Plätteisen, Fussbänken mit Torf- oder Kohlenbecken (sogen. „Stöfchen") u. s. w. Kohlendunst enthält 0,5—5,0% CO.

Das Leuchtgas enthält etwas mehr, nämlich 5—20% CO; Vergiftungen damit kommen zu Stande bei defekten oder sei es mit Absicht oder aus Versehen offen gelassenen Gasleitungen. Es ist bemerkenswerth, dass das Leuchtgas seinen charakteristischen Geruch beim Passiren des Erdbodens verlieren kann, sodass also Leuchtgas-Vergiftungen vorkommen können, ohne dass die sonst so empfindliche Nase etwas davon wahrzunehmen braucht. Eine Aufnahme von CO in das Blut findet bereits bei 0,04% Gehalt statt. Der Chemismus der Vergiftung besteht darin, dass CO an die Stelle des O im Blute tritt, sodass aus dem Oxyhämoglobin Kohlenoxydhämoglobin entsteht, eine den Stoffwechsel und den Gasaustausch in den Geweben hemmende Verbindung.

Tritt der Tod nicht ein, sondern werden die betreffenden Individuen aus der giftigen Atmosphäre herausgebracht, dann kann ausserordentlich schnell, zuweilen schon nach Stunden das CO-Hämoglobin wieder in Oxyhämoglobin umgewandelt sein; diese merkwürdige Erscheinung gewinnt gerichtsärztlich dadurch an Interesse, dass sich in solchen Fällen aus dem Befunde im kreisenden Blut allein die Diagnose einer stattgehabten und überstandenen CO-Vergiftung nicht immer wird stellen lassen, anders als bei Extravasaten. War nämlich während der Vergiftung CO-Blut in Folge eines Traumas extra-

vasirt, dann kann man in diesem Extravasat CO-Hämoglobin noch nach Tagen, ja noch nach einer Woche und darüber nachweisen.

Die Krankheitserscheinungen einer CO-Vergiftung bestehen in Kopfschmerz und Schwindel, zu denen sich bald Bewusstlosigkeit hinzugesellt: ein nunmehr eintretendes Erbrechen kann die Scene beendigen, wenn die Reaktionslosigkeit des Organismus so weit gesunken ist, dass das Erbrochene aspirirt wird; aber auch ohne diese Komplikation kann die Bewusstlosigkeit vom Tode unmittelbar gefolgt sein. Hin und wieder treten Krämpfe und lähmungsartige Erscheinungen ein.

Erliegt das betreffende Individuum der Vergiftung nicht unmittelbar, so können Nachkrankheiten der verschiedenster Art eintreten. Beobachtet sind Hysterie, Tetanie, multiple Sklerose, ferner peripherische Neuritiden, Hautblutungen, Pemphigus und andere trophische Störungen der Haut. Endlich können apathischer Blödsinn oder tobsüchtige Erregungszustände sich einstellen; eine zuweilen beobachtete Komplikation ist Melliturie.

Der Tod tritt ein, wenn die Hälfte des O im Blute durch CO verdrängt ist, es sei denn, dass andere Komplikationen schneller den Tod ihrerseits hervorgerufen haben.

Der Leichenbefund ist in erster Linie charakterisirt durch die Blutveränderung, die sich makroskopisch kund thut in einer hell-kirschrothen Färbung der Todtenflecke, des Blutes und der inneren Organe, insbesondere der Muskeln, der parenchymatösen Organe des Bauches und der Gehirnrinde. Diese Blutveränderung lässt sich spektroskopisch wie chemisch nachweisen. Spektroskopisch erscheinen nämlich zwei Streifen, die ein wenig mehr nach rechts als die des Oxyhämoglobins gelegen sind. Diese Verschiebung nach rechts ist eine so unerhebliche, dass sie ohne Weiteres gar nicht als solche erkannt werden kann, sondern dass vielmehr erst durch Reduktionsmittel eine Umwandlung des zweistreifigen Spektrums in ein einstreifiges Hämoglobin-Spektrum versucht werden muss. Gelingt die Reduktion vollkommen, dann liegt sicher keine CO-Vergiftung vor, gelingt sie absolut nicht, bleiben die beiden Streifen bestehen auch nach längerer Zeit, — bis 24 Stunden wird man in zweifelhaften Fällen warten müssen, — dann kann man mit positiver Gewissheit die Diagnose auf CO-Vergiftung stellen. Gar nicht selten finden sich nun Mischformen, d. h. solche, bei denen eine theilweise Reduktion des zweistreifigen Spektrums eintritt; man sieht in solchen Fällen den Zwischenraum zwischen den beiden ursprünglichen Streifen durch ein mehr oder weniger schwaches dunkles Band ausgefüllt, das durch die Reduktion des noch vorhandenen Oxyhämoglobins entsteht; die am vorderen und hinteren Ende dieses Bandes nach wie vor bestehenden beiden Streifen beweisen aber, dass thatsächlich ein Theil des Oxyhämoglobins in CO-Hämoglobin umgewandelt ist.

Die Methoden des chemischen Nachweises der CO-Vergiftung sind sehr zahlreich; alle laufen darauf hinaus, durch Zusatz eines differenten chemischen Mittels bei dem gewöhnlichen Blut die

rothe Blutfarbe in ein missfarbiges Braun umzuwandeln, während das CO-Blut seine rothe Farbe behält. Blut mit gleichen Theilen Natronlauge gemischt, wird missfarbig, CO-Blut behält seine leuchtende rothe Farbe (Hoppe-Seyler's Natron-Probe). Aehnliche Resultate liefern Schwefelwasserstoff-Wasser und Blutlösung (Salkowski), ferner Blut mit Kali chloricum (Weil und Anrep), Kupfer-Vitriol und Blutlösung (Zaleski), Bleiessig und Blut (Rubner), Schwefel-Ammon, Essigsäure und Blut (Katayama). Gute Resultate giebt insbesondere die von R. Schulz neuerdings wieder geprüfte Tannin-Probe, welche noch 10% CO-Gehalt im Blute zu erkennen gestattet: 3 prozentige Tanninlösung wird mit 20 prozentiger Blutlösung im Verhältniss von 1 zu 3 gemischt und kräftig durcheinandergeschüttelt; nach einigen Stunden zeigt ein rothes Sediment, dass es sich um eine CO-Vergiftung handelt, ein braunes, dass dies nicht der Fall war. Selbstredend ist es bei dieser Prüfung von grossem Werth, neben dem auf die Anwesenheit von CO zu prüfenden Blut noch COfreies Kontrollblut zu besitzen. Wachholz hat ein brauchbares Verfahren angegeben, welches es ermöglicht, ohne weiteres aus CO-Blut CO-freies Blut herzustellen[1]): 2 Portionen des zu untersuchenden Blutes werden mit 10 pCt. Ferricyankaliumlösung versetzt, um Hämoglobin in Methämoglobin zu verwandeln; die eine Portion wird hierauf häufig mit Luft geschüttelt und umgegossen, damit das mit dem Methämoglobin nur mechanisch verbundene CO vertrieben wird, während die andere Portion ruhig stehen bleibt und demgemäss sein CO behält. Zusatz von Schwefelammon bewirkt in der ersten Portion Entstehen von CO-freiem Hämoglobin, während die zweite Portion CO-Hämoglobin behält. Nunmehr wird mit beiden Portionen die Tanninprobe vorgenommen.

Von anderen Befunden bei einer CO-Vergiftung sind zu erwähnen: albuminöse Trübung oder in protahirteren Fällen Fettmetamorphose an Herz, Nieren und anderen Organen. War im Brechakt aspirirt worden, dann werden sich eventuell Schluck-Pneumonien finden; dieselben sind ausserordentlich charakteristisch, so dass man bei Leuten, welche eine CO-Vergiftung vor einiger Zeit überstanden haben und an einer Schluck-Pneumonie zu Grunde gehen, den ursächlichen Zusammenhang beider als erwiesen annehmen kann. Endlich kommen zuweilen auch Erweichungsprozesse im Gehirn zur Beobachtung, namentlich im Linsenkern.

Kohlendunstvergiftungen werden, abgesehen von diesen eben beschriebenen Veränderungen, die sowohl bei der Kohlendunst- als auch der Leuchtgas-Vergiftung vorkommen, noch gewisse Charakteristika darbieten. War die Vergiftung beim stark rauchenden Kohlenbecken oder bei der blakenden Petroleumflamme erfolgt, so werden die von Kleidung nicht bedeckten Theile des Körpers russig sein; die Epidermis pflegt dann häufig eigenthümlich weichlich und abzieh-

[1]) Wachholz und Sieradzki: Weitere exp. Untersuch. über Kohlendunst- etc. Vergiftung. Zeitschr. f. Med. Beamte; 1897, S. 283.

bar zu sein; Russ wird sich auch in den natürlichen Oeffnungen des Körpers, insbesondere in Nase und Mund vorfinden, desgleichen im Kehlkopf und in den Luftwegen. Dieser Befund wird ein weiterer Beleg dafür sein, dass die Aspiration noch intra vitam erfolgte. Ebenso kann der Magen Russ enthalten; in einem Falle von CO-Vergiftung durch eine blakende Petroleumflamme sahen wir den Darminhalt bis zur Bauhinischen Klappe durch Russ schwarz gefärbt.

Kohlensäure vermag den Blutfarbstoff in saures Hämatin zu verwandeln. Vergiftungen mit diesem Gas kommen dort zu Stande, wo es, wie in der Hundsgrotte bei Pozzuoli, in der Dunsthöhle bei Pyrmont und in dem Giftthal auf Java aus der Erde strömt, oder in Räumlichkeiten, in denen Gährungsprozesse statthaben (Bierbrauereien, Branntweinbrennereien); auch dann werden Vergiftungen durch CO_2 beobachtet, wenn Menschen in nicht genügend grossen Räumen mit ungenügender Ventilation lange zusammengehalten werden, desgleichen beim Platzen einer komprimirte CO_2 enthaltenden Bombe oder eines Säureballons, sobald sich die Säure auf Kalk, Kreide, Marmor oder Magnesit ergiesst. Nach Lewin vermag ein CO_2-Gehalt der Luft von 20—30 pCt. Menschen zu tödten[1]). Die Symptome bestehen in Schwindel, Dyspnoe und Somnolenz, schliesslich kann unter allmählichem Sinken der Puls- und Respirationsfrequenz der Tod eintreten. Eine Vergiftung kann unter Umständen in wenigen Minuten zum Tode führen. Die Sektion liefert keine charakteristischen Befunde.

Der Nachweis der CO_2 in der Luft geschieht bekanntlich in der Weise, dass man die CO_2 einer abgemessenen Luftmenge durch eine Barythydratlösung absorbiren lässt, und den nicht an CO_2 gebundenen Theil des Baryts durch Titriren mit Oxalsäure bestimmt. Bezüglich der Ausführung des Verfahrens muss auf die Handbücher der Hygiene verwiesen werden.

e. Vergiftung durch Alkaloide.

Unter Alkaloiden verstehen wir solche Pflanzengifte, welche stickstoffhaltig sind, und als mehr oder weniger komplizirte Abkömmlinge des Ammoniaks betrachtet werden können; sie besitzen den Charakter von Basen und geben mit Säuren Salze. Von den in Betracht kommenden Stoffen sind nur Koniin und Nikotin flüssig, unverändert flüchtig und mit Wasserdampf überdestillirbar, die übrigen sind fest, meist krystallinisch. Im Wasser sind die meisten Alkaloide schwer löslich, mit Ausnahme von Nikotin und Koniin. Alkohol (Aethylalkohol) und Amylalkohol, Petroleumäther, Benzol und Chloroform sind gute Lösungsmittel für viele Alkaloide.

Die Aehnlichkeit mancher Alkaloide mit gewissen Ptomainen ist bereits vorher hervorgehoben, und es ist auch des Umstandes gedacht, dass trotz dieser Aehnlichkeit eine genaue

[1]) L. Lewin: Lehrbuch der Toxikologie. II. Aufl. Wien & Leipzig; 1897. Urban & Schwarzenberg. S. 35.

Charakterisirung der Alkaloide durch den chemischen Nachweis möglich ist, wenn man in Erwägung zieht, dass der durch die chemische Operation erhaltene Stoff alle, aber auch wirklich alle Reaktionen des betreffenden Alkaloides geben muss. Weiter kommt in Betracht, dass alle Alkaloide bei der Sektion so gut wie keine charakteristischen anatomischen Befunde geben; der Gerichtsarzt ist daher hier mehr wie je auf die Ermittelung der Umstände, auf die Kenntniss der eventuell dem Tode vorangegangenen Krankheitserscheinungen etc. angewiesen.

α. Morphinvergiftung.

Das Morphin stellt das wichtigste Alkaloid des Opiums dar; nächst ihm sind noch Kodein und Narzein neben anderen bekannt, aber forensisch kaum hervorgetreten. Das Morphin wird häufig zu Selbstmordzwecken, aber auch zu Mordzwecken benutzt. Unvorsichtigkeit sowie Verwechselung von Medikamenten bilden weitere Veranlassungen von Morphinvergiftungen. Die Wirkung des Morphins ist um so sicherer deletär, je jünger die Individuen sind, denen das Mittel applizirt wird. Kinder zeigen schon nach sehr kleinen Dosen Vergiftungserscheinungen; die tödtliche Dosis für einen Erwachsenen beträgt im Allgemeinen 0,2 g. Die Wirkungsweise des Mittels variirt ferner je nach der Applikationsstelle. Am intensivsten wirkt es, wenn es in grösserer Dose direkt in eine Vene eingeführt wird; das Gesicht wird sofort blass, Puls und Herzschlag werden kaum fühlbar; bald entsteht eine ausserordentlich energische Beschleunigung der Herzthätigkeit; die Intensität der Herzschläge wird quälend empfunden, zuweilen hört die Athmung zeitweise auf. Bei subkutaner Applikation können 5—10 Minuten bis zur Wirkung vergehen; am langsamsten tritt die Wirkung des Giftes ein bei Applikation per os.

Das erste Symptom einer Morphinvergiftung ist eine mehr oder weniger starke Exzitation, die sowohl das psychische, als das somatische Gebiet betrifft; zuweilen gesellen sich Halluzinationen heiteren Inhalts dazu. Je nach der Grösse der Giftmenge folgt diesem Zustande mehr oder weniger schnell ein Stadium der Trägheit und Somnolenz; es stellt sich Erbrechen ein, die Pupillen werden verengert, die Reflexerregbarkeit ist vermindert, die Haut wird kalt, die Athmung verlangsamt. In diesem Stadium kann allmählich der Exitus erfolgen. Unter Steigerung der Zyanose erweitern sich zuweilen die Pupillen sub mortem und Konvulsionen treten auf. Manchmal können nervöse Symptome in dem Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, insbesondere Krämpfe; auch Trismus wird beobachtet, ferner Opisthotonus und Glottiskrampf, sodass eine gewisse Aehnlichkeit mit der Strychninvergiftung vorhanden sein kann. Der Harn enthält zuweilen Zucker.

Unter der remittirenden Form der Morphinvergiftung versteht man eine mit schweren Vergiftungserscheinungen, Rückkehr des Bewusstseins und nachherigem abermaligen Verfall in Koma einhergehende Vergiftung.

Die Leichenerscheinungen bieten nichts Charakteristisches dar, insbesondere pflegt die Pupille bei der Sektion fast nie verengt gefunden zu werden. Der Nachweis der Intoxikation kann somit allein durch die chemische Untersuchung erbracht werden. Ein Erfolg derselben ist umsomehr zu erwarten, als das Morphin gegen Fäulniss sehr widerstandsfähig ist. Den Gegenstand der Untersuchung bilden auch bei subkutaner Applikation der Magendarmkanal und sein Inhalt, weil in denselben ein Theil des Morphins ausgeschieden wird. Die Untersuchung der übrigen Organe, sowie des Harns und des Blutes stehen der eben angeführten an Wichtigkeit nach. Bei dem Ausfall der chemischen Untersuchung ist in Betracht zu ziehen, dass das betreffende Individuum zu therapeutischen Zwecken Morphium erhalten oder dem chronischen Morphiummissbrauch ergeben gewesen sein kann. Eine Aufklärung über die erstere Möglichkeit würde durch eine Bekundung des behandelnden Arztes oder der Umgebung des Verstorbenen zu erlangen sein; auch über etwaigen chronischen Morphinismus würde auf diesem Wege Licht geschaffen werden können, doch bietet hier schon die äussere Besichtigung, der Befund von zahlreichen Narben in der Haut, welche von Abzessen, die von den Einstichstellen ausgegangen sind, herrühren, etwas ungemein Charakteristisches.

Der Gerichtschemiker wird die charakteristischen Morphinreaktionen anzustellen haben; die wichtigsten derselben sind folgende: Morphin mit konzentrirter Schwefelsäure gelöst, giebt, wenn man die Lösung 24 Stunden lang stehen lässt und durch Bedecken des Gefässes dem Anziehen von Wasser aus der Luft vorbeugt, nach Zusatz von einem Tröpfchen Salpetersäure eine violette Färbung, die bald in Purpurroth übergeht und dann verblasst (Husemann'sche Probe). Weiter wird Jodsäure durch Morphin reduzirt; löst man nämlich Jodsäure in Wasser und schüttelt die Lösung mit Chloroform oder Schwefelkohlenstoff, so darf keine Blaufärbung durch Reduktion der Jodsäure eintreten; setzt man dagegen Morphin dazu, so tritt alsbald eine violette Färbung des Schwefelkohlenstoffes oder Chloroforms durch das nunmehr in Folge der Reduktion entstandene Jod ein. Eine dritte charakteristische Reaktion wird in der Weise angestellt, dass man eine Probe der zu untersuchenden Substanz in verdünnter Salzsäure löst und zur Trockne verdampft, worauf man zu dem Abdampfrückstand wenig verdünnte Eisenchloridlösung hinzusetzt, die keine freie Säure mehr enthalten darf; ist Morphin zugegen, so tritt Blaufärbung ein.

β. Vergiftung durch Atropin.

Das Atropin findet sich in Tollkirsche (Atropa Belladonna), Stechapfel (Datura Stramonium) und Bilsenkraut (Hyoscyamus niger); es stellt ein ausserordentlich stark wirkendes Gift dar, seine tödtliche Dosis beträgt für einen erwachsenen Menschen 0,06 g. Atropinvergiftungen kommen zur Beobachtung des Gerichtsarztes namentlich als medizinale oder ökonomische Vergiftungen, z. B. bei Verwechselungen der

Tollkirsche mit anderen Waldfrüchten; aber auch Fälle von Mord und Selbstmord sind bekannt geworden.

Krankheitserscheinungen: Bei der Atropinvergiftung können wir ebenfalls deutlich die beiden Stadien der Reizung und der Lähmung unterscheiden. Etwa eine Viertelstunde nach der Aufnahme des Giftes beginnt eine Exaltation, die von dem Bilde der maniakalischen Exaltation sich nur durch die Schlingbeschwerden, die Trockenheit im Halse und die Heiserkeit unterscheidet und mit der akuten Alkoholvergiftung eine gewisse Aehnlichkeit darbietet. Die betreffenden Individuen sind animirt, sie springen herum, die Haut ist geröthet; bald stellt sich aber das zweite Stadium, das der Lähmung ein. Schwindel und Kopfschmerz sind vorhanden, der Gang wird unsicher, es kann Koma eintreten und der Tod erfolgen. Das konstanteste Symptom der Atropinvergiftung ist die nie fehlende Pupillenerweiterung, daneben wird noch häufig eine urtikariaartige Erkrankung der Haut beobachtet.

Bei der Sektion kann die Pupillenerweiterung noch aufgefunden werden, sonst findet sich nichts Charakteristisches, es sei denn eine gewisse Hyperämie des Gehirns und der Hirnhäute. Bei Vergiftungen durch Tollkirschenbeeren ist eine dunkelblaue Färbung des Mageninhalts beobachtet worden.

Der chemische Nachweis der Atropinvergiftung kann in der Weise erbracht werden, dass man das rein dargestellte Alkaloid auf seine physiologische Wirkung hin untersucht: Man träufelt es Katzen in den Konjunktivalsack und beobachtet die eintretende Pupillenerweiterung. Ferner ist für das Atropin charakteristisch eine Lähmung der Hemmungsnerven des Herzens; der Versuch wird in der Weise angestellt, dass man zunächst durch Muskarin oder ein Muskarinsalz, das man in Lösung auf das freigelegte Froschherz bringt, eine Verlangsamung oder Sistirung der Herzthätigkeit erzielt. Einige Tropfen Atropinlösung rufen alsbald wieder eine gehörige Herzthätigkeit hervor; die Applikation geschieht wiederum durch Aufträufeln auf das stillstehende Herz.

γ. Vergiftung durch Strychnin.

Das Strychnin findet sich in dem Samen von Strychnos nux vomica (Krähenaugen, Brechnüsse) und Strychnos Ignatii (Ignatiusbohnen). Die zur Beobachtung gelangenden Vergiftungen sind theils medizinale, theils ökonomische, z. B. durch Genuss von strychninvergiftetem Fleisch. Im Deutschen Reiche können, um dies hier zu erwähnen, derartige Vergiftungen kaum noch vorkommen, nachdem 5 pro mille haltiger Strychninweizen von rother Farbe als alleiniger Strychninträger für Ungeziefervertilgung vorgeschrieben ist. Fälle von Mord und Selbstmord sind ebenfalls beobachtet worden. Die tödtliche Dosis des Strychnins beträgt im Allgemeinen 0,03 g, doch sind auch Fälle von Vergiftungen mit erheblich höheren Quantitäten noch günstig verlaufen.

Klinische Erscheinungen: Kurze Zeit nach der Applikation treten Krämpfe auf, die sich als Reflexkrämpfe darstellen; ganz geringe sensible Reize, ein Geräusch oder Ähnliches rufen einen tetanischen Krampfanfall hervor; daneben bestehen Gliederschmerzen, Nackensteifigkeit, Trismus, Tetanus, Opisthotonus; das Bewusstsein ist erhalten, ein Umstand, der die Strychninvergiftung zu einer ausserordentlich qualvollen gestaltet. Der Puls pflegt verlangsamt zu sein. Ergreifen die Krämpfe das Zwerchfell, so kann bei genügend langer Dauer des tetanischen Anfalles der Tod durch Zwerchfellkrampf, also durch Erstickung in Folge Athembehinderung, eintreten; Fälle von über 7 Stunden Dauer sollen eine gute Prognose haben.

Bei der Sektion finden sich keine charakteristischen Befunde, es sei denn, dass man zahlreiche Ekchymosen, die den Konvulsionen ihr Entstehen verdanken dürften, dafür ansehen will. Die Todtenstarre tritt schnell ein; kataleptische Todtenstarre ist nicht beobachtet worden.

Für die chemische Untersuchung ist wichtig, dass sich Strychnin noch lange nachweisen lässt und unter Umständen bei Exhumationen noch in den unterhalb der Leiche befindlichen Theilen (Sargboden etc.) gefunden werden kann, nachdem es mit den Fäulnissflüssigkeiten bereits die Leiche verlassen hat. Im Uebrigen bietet der Nachweis des Giftes aus dem Urin besonders gute Chancen für die Untersuchung; man hat daher die Entnahme des Urins stets mit besonderer Vorsicht durch Katheter bei der Sektion zu bewirken. Das Alkaloid selbst ist charakterisirt durch seine enorme Bitterkeit, ferner durch sein Verhalten in konzentrirter Schwefelsäure, welche Spuren eines Oxydationsmittels, z. B. chromsaures Kalium enthält; es entsteht alsbald eine Blaufärbung, welche rasch violett und dann kirschroth umschlägt, um allmählich zu verschwinden. Drittens endlich kann man die tetanisirende Wirkung des durch die chemische Untersuchung erhaltenen Stoffes beim Thierversuch, so z. B. beim Frosch, noch besser bei weissen Mäusen prüfen.

δ. Vergiftung durch Akonitin und andere Alkaloide (Kolchizin, Nikotin).

Akonitin kommt im Eisenhut (Aconitum Napellus) vor. In gehöriger Dosis eingeführt, ruft es ein Gefühl von Geschwollensein im Kopf hervor; daneben können Lähmungserscheinungen und Schwindel bestehen. Bei Vergiftung durch Akonitknollen ist der Nachweis des Giftes auf pharmakognostischem Wege zu erbringen.

Kolchizin, aus der Herbstzeitlose (Colchicum autumnale) gewonnen, ruft neben schwerer Prostration stürmische Magendarmerscheinungen hervor; das Erbrechen kann ein ausserordentliches andauerndes sein; besonders gefährlich sind aber die Diarrhöen, die eventuell blutig werden können. Kolchizin-Vergiftungen haben in neuerer Zeit häufiger stattgefun-

den durch das bekannte, gegen Gicht empfohlene Geheimmittel, den Liqueur Laville; ein ähnliches in Deutschland hergestelltes Geheimmittel ist der Liquor Colchici compositus.

Nikotin, aus Nicotiana tabacum, giebt zu Vergiftungen Veranlassung bei Rauchwetten und bei Tabakblätterinfus-Klystieren. Ein Mord durch Nikotin ist ebenfalls beobachtet worden; es ist der Fall des Grafen Bocarmé, der seinen Schwager durch rein dargestelltes Nikotin vergiftete. Der Fall ist bekannt dadurch, dass Stas bei demselben sein Verfahren des Alkaloidnachweises erprobte. Das Nikotin ist in reinem Zustande eine farblose, leicht bewegliche Flüssigkeit, welche zumal beim Erwärmen intensiv nach Tabak riecht und schmeckt. Versetzt man eine ätherische Nikotinlösung mit einer ätherischen Jodlösung, so entsteht ein dunkles Oel, das allmählich krystallinisch wird und schliesslich grosse nadelförmige Jod-Nikotin-Krystalle (Roussin's Krystalle) entstehen lässt, die im durchfallenden Licht roth, im auffallenden Licht blau sind.

f. Fleisch-Vergiftungen.

Fleischvergiftungen kommen in zweierlei Weise zu Stande; einmal dadurch, dass Fleisch von kranken Thieren (z. B. an Milzbrand krepirten) genossen und dann die entsprechende spezifische Erkrankung hervorgerufen wird, zweitens nach Genuss von Fleisch, das sich in zersetztem Zustande befand. Die Ursachen derartiger Fleischvergiftungen sind in der Regel Bakterien, die sich bei manchen Fällen aus der Leiche haben isoliren lassen, und zwar sind es sowohl die Bakterien selbst, als die durch sie in dem betreffenden Fleisch erzeugten Ptomaine, z. B. Cholin und Neuridin. Liegt demnach der Verdacht einer Fleischvergiftung vor, so wird es sich empfehlen, eine bakteriologische Untersuchung der Leichentheile vorzunehmen, falls vorgeschrittene Fäulniss nicht die Aussichten auf einen positiven Erfolg der Untersuchung von vorne herein gering erscheinen lässt. In Betracht kommen Coliarten und Bacterium vulgare (Hauser).

Man unterscheidet zwei Formen von Fleischvergiftungen, eine nervöse und eine gastroenteritische. Die nervöse Form geht mit Erbrechen, Kopfschmerz und Schwindel, Augenmuskellähmung, Trockenheit im Halse und Aphonie einher; Darmerscheinungen können ganz fehlen. Beobachtet ist diese Form besonders nach Genuss von verdorbenen Konserven und Würsten (Botulismus), namentlich grossen Würsten, die schwer zu kochen und unter Luftabschluss Zersetzungsprozessen eher zugänglich sind.

Die choleraartig auftretende gastroenteritische Form der Fleischvergiftung tritt besonders nach verdorbenem Käse und Fischen auf.

Bekannt ist die Miesmuschelvergiftung, über welche Schmidtmann grundlegende Untersuchungen

angestellt hat. Die Miesmuschel (Mytilus edulis) kann in schlechtem Binnenwasser ein Toxin, das Mytilotoxin, bilden, das in der Leber aufgestapelt wird. Bringt man die Muschel in gesundes Seewasser, so verliert sie diese Eigenschaft wieder. Die Miesmuschelvergiftung ist eine besonders mit Lähmungen einhergehende, gehört also hauptsächlich der ersterwähnten Klasse der Fleischvergiftungen an.

III. Die Untersuchung mit dem Sexualleben zusammenhängender Verhältnisse.

A. Fortpflanzungsfähigkeit.

Das Bürgerliche Gesetzbuch bestimmt:

§ 1333. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschliessung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönliche Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntniss der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden.

§ 1568. Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte durch schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten . . . eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses verschuldet hat, dass dem Ehegatten die Fortsetzung der Ehe nicht zugemuthet werden kann.

Unter „persönlichen Eigenschaften", die einen Ehegatten bei Kenntniss der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung derselben abgehalten haben würden, sind zu verstehen: Unfruchtbarkeit resp. Zeugungsunfähigkeit, mangelnde Beischlafsfähigkeit sowie Hermaphrodismus. Eine gerichtsärztliche Feststellung der eben genannten Eigenschaften kann unter gewissen Umständen im Ehescheidungsprozess, bei Abwehr von Alimentationsklagen sowie bei Annahme an Kindesstatt erfolgen, um die Wahrscheinlichkeit darzuthun, dass die Erlangung ehelicher Abkömmlinge nicht zu erwarten ist (§ 1741—1745 B.G.B.). Strafrechtlich wird eine Feststellung der Zeugungsfähigkeit erforderlich, bei vorgeschützter Impotenz, bei Verbrechen wider die Sittlichkeit, sowie endlich nach § 224 St.G.B., wenn eine schwere Körperverletzung (Verlust der Zeugungsfähigkeit) bewiesen werden soll.

1. Beischlafs- und Zeugungsfähigkeit beim männlichen Geschlecht.

Eine **Unmöglichkeit zur Kohabitation** ist bei Defekt des Penis vorhanden; sie kann ferner bei gewissen Erkrankungen des Penis, z. B. Kankroid-Geschwülsten, bei Elephantiasis und Hornbildungen, bestehen. Wir hatten Gelegenheit, einen Fall von Cornua cutanea penis zu sehen, wo die Geschwülste auf einer Narbe, die von einer Phimosenspaltung herrührte, entstanden waren. Es waren zwei zolllange spitzige Hörner vorhanden, die fast bajonettartig dem Penis aufsassen

und wegen ihrer Härte und Spitzigkeit einem weiblichen Individuum bei dem Versuch der Kohabitation starke Schmerzen verursacht haben würden, ebenso wie ihrem Träger, abgesehen davon, dass sie auch ein Eindringen des Gliedes in die Scheide überhaupt nicht hätten zu Stande kommen lassen. Es ist bemerkenswerth, dass der Träger dieser Missbildung ein Sittlichkeitsverbrecher war, der unzüchtige Berührungen eines Mädchens unter 14 Jahren sich hatte zu Schulden kommen lassen. Die Erektion kann auch durch chronische Entzündungsprozesse, die mit Narbenbildung einhergehen, beeinträchtigt oder gänzlich verhindert werden. Die Kohabitation wird ferner durch Geschwülste in der Umgebung des Penis, die über das Niveau des erigirten Gliedes hinausreichen, so z. B. Lipome oder irreponible Leistenbrüche, unmöglich gemacht. Von nervösen Ursachen des Fehlens einer Potentia coeundi seien Tabes dorsalis, Diabetes und Neurasthenie erwähnt; auch früher reichlich geübte Masturbation kann zu Verlust der Potentia coeundi führen. Weiter giebt es noch eine relative Beischlafsunfähigkeit des Mannes, die sich gewissen weiblichen Individuen gegenüber äussert, während sie im Uebrigen nicht besteht. Es versteht sich, dass gerade in Ehescheidungsprozessen eine derartige Beischlafsunfähigkeit eine Rolle spielen wird; die Möglichkeit ihres Bestehens wird nicht von der Hand zu weisen sein, der Gegenbeweis dürfte allerdings schwer erbracht werden können.

Sehr wichtig bezüglich der Lehre von der Beischlafsfähigkeit ist endlich der **Hermaphrodismus.** Man versteht darunter eine Missbildung der Genitalien in der Weise, dass beide Geschlechter an einem Individuum vereinigt sind; in der Regel wird dies jedoch nur scheinbar sein. Man bezeichnet das Gros der Fälle von Hermaphrodismus, bei denen die äusseren Genitalien dem einen, die inneren dem andern Geschlecht angehören, als Pseudo-Hermaphrodismus und unterscheidet je nachdem, wie die inneren Geschlechtsorgane entwickelt sind, ein Pseudo-Hermaphrodismus masculinus und femininus. Daneben kommt aber auch ein Hermaphrodismus verus vor und zwar lateralis, wenn die eine Seite dem einen, die andere Seite dem andern Geschlecht angehört, oder bilateralis, wenn aus einer Geschlechtsdrüse Hoden und Eierstock hervorgegangen sind. Derartige Fälle stellen die grössten Seltenheiten dar, sind aber als authentisch anzusehen.

Was die Entwicklung des Hermaphrodismus anbetrifft, so besitzen bekanntlich die Urnieren oder Wolff'schen Körper Ausführungsgänge, die Wolff'schen Gänge, die im Sinus urogenitalis münden. Neben den Urnieren entstehen die Geschlechtsdrüsen, deren Ausführungsgänge, die Müller'schen Gänge, ebenfalls im Sinus urogenitalis ihr Ende erreichen. Aus den Geschlechtsdrüsen entwickeln sich Hoden oder Ovarien; beim Manne ausserdem aus den Wolff'schen Körpern die Nebenhoden und aus den Wolff'schen Gängen Samenstrang und Samenbläschen, während die Müller'schen Gänge bis auf den Sinus prostaticus (den Uterus masculinus) zu Grunde gehen. Beim Weibe dagegen verschwinden die Wolff'schen Körper und

die Wolff'schen Gänge bis auf einen Rest, aus dem die Ligamenta rotunda entstehen; die Müllerschen Gänge liefern demgemäss hier den Hauptbestandtheil beim Aufbau der inneren Genitalien; aus ihnen entwickeln sich die Tuben, der Uterus und die Scheide. Auf dem Sinus urogenitalis entstehen Geschlechtshöcker und Geschlechtsfalten, aus denen Penis und Scrotum beim Manne und beim Weibe Clitoris und Labien werden.

Die Feststellung des wirklichen Geschlechts eines Hermaphroditen ist im Allgemeinen ausserordentlich schwer, ja häufig intra vitam unmöglich; erst eine Sektion wird in vielen Fällen ein positives Resultat geben. Bei Pseudo-Hermaphrodismus masculinus findet man an der Stelle der Raphe des Skrotums einen Spalt, der sich in einen Blindsack fortsetzt; die Hoden brauchen nicht in den beiden Skrotalhälften zu liegen, sie können sich innerhalb der Bauchhöhle befinden. Bei Pseudo-Hermaphrodismus femininus können die Ovarien in die grossen Labien herabgewandert und die Labien selbst mit einander verwachsen sein, während eine besonders stark entwickelte Clitoris das Exterieur der Genitalien dem der männlichen noch ähnlicher macht. Beweisend für das Vorhandensein des einen oder des anderen Geschlechts intra vitam sind schliesslich allein die Spermatozoen; Blutungen vom Charakter der Menstrualblutungen haben keine Beweiskraft.

Das B.G.B. erwähnt die Zwitter nicht, indem es annimmt, dass Jemand nur einem Geschlecht angehören könne. Dass Ausnahmen von diesem Satze vorkommen können, wurde oben angedeutet. Eine Feststellung des Geschlechts in dem Falle, dass von dem Geschlecht eines Hermaphroditen wichtige Rechte Anderer abhängig sind, ist durch das B.G.B. nicht vorgesehen; endgültig kann hier, wie bereits ausgeführt ist, oft erst allein die Sektion Klarheit schaffen.

Die **Zeugungsfähigkeit** des Mannes stellt etwas anderes als die Kohabitationsfähigkeit dar; letztere kann bestehen, ohne dass Zeugungsfähigkeit vorhanden ist, und umgekehrt kann diese vorhanden sein, das Beischlafsvermögen aber fehlen. Es steht fest, dass die Annäherung des Samens an den Introitus vaginae zur Hervorbringung einer Gravidität ausreicht, so dass also nur eine Vereinigung der Geschlechtstheile, nicht aber eine Immissio penis erforderlich ist. Demgemäss kommt es bei der Feststellung der Zeugungsfähigkeit weniger auf die Beschaffenheit des Penis, als auf die der Hoden an. Hoden-Atrophie ist entweder angeboren oder durch Trauma erworben; sie kann auch durch Kryptorchismus vorgetäuscht werden, wenn der Descensus testiculorum, der am Ende des Fötallebens eintritt, unterblieben ist. Tuberkulose der Hoden und gummöse Entzündungen können ebenfalls die Zeugungsfähigkeit beeinträchtigen oder aufheben, desgleichen Epididymitis duplex, die eine Azoospermie im Gefolge hat. Bei gewissen Formen von Prostata-Hypertrophie erfolgt zwar eine Ejakulation des Samens, aber nicht in die vordere Harnröhre hinein, sondern in die Harnblase. Allein beweisend für das Vorhandensein einer Zeugungsfähigkeit ist das Vorhandensein von Spermatozoen. Sie können natürlich nur aus-

nahmsweise direkt von dem betreffenden Individuum entnommen werden, sondern müssen in der Regel aus Flecken in der Wäsche oder aus ähnlichen Substraten nachgewiesen werden; betreffs des hierbei zu beobachtenden Verfahrens s. S. 99 f.

Spermatozoen treten im Allgemeinen beim vollendeten 15. Jahre auf, während der Beginn der Beischlafsfähigkeit unter günstigen Umständen bereits in das 13. Lebensjahr fallen kann. Die obere Grenze der Zeugungs- und Kohabitationsfähigkeit variirt in sehr weiten Grenzen; jedenfalls ist es unzulässig, allein aus dem hohen Alter eines Mannes Zeugungs- und Beischlafsunfähigkeit ableiten zu wollen; denn es kommt nicht auf dieses, sondern allein darauf an, ob das betreffende Individuum altersschwach ist oder nicht, und ob Erscheinungen von Marasmus senilis vorliegen; ist dies der Fall, so erscheint die Annahme einer Zeugungsunfähigkeit im hohen Alter gerechtfertigt.

Selbstredend kann auch auf traumatischem Wege ein Verlust der Hoden eintreten, z. B. operativ. Eine Sekte in Russland, die Skopzen, verlangt von ihren Mitgliedern, dass sie sich durch Abschneiden der Hoden zeugungsunfähig machen, (Skopzen vom kleinen Siegel); Skopzen vom grossen Siegel sind solche, welche sich auch den Penis entfernt haben. Reisende berichten, dass die Mitglieder dieser Sekte auch in Rumänien verbreitet sind, und dass die männlichen Individuen durch ihren eigenthümlichen weiblichen Typus auffallen.

2. Beischlafs- und Zeugungsfähigkeit beim Weibe.

Eine **Beischlafsfähigkeit** ist nicht vorhanden bei rudimentärer Ausbildung oder Atresie der Scheide. Prolaps der Gebärmutter und Leistenhernien hindern ebenfalls die Kohabitation, ferner können so hochgradige Verengerungen des knöchernen Beckens vorhanden sein, dass eine Immissio penis in vaginam unmöglich wird. Bekannt ist weiter der Vaginismus, ein in Hyperästhesie und Hyperalgesie der Scheide sich äussernder Zustand, der reflektorisch Kontraktionen der Dammmuskulatur auslösen kann, sodass ein Eindringen des Penis in die Scheide nur schwer gelingt.

Die **Potentia concipiendi** fehlt beim Weibe bei Verlust des Uterus, Defekt der Ovarien, Atresie der Tuben, Gebärmuttergeschwülsten u. s. w. Ausserdem sind noch verschiedene andere Möglichkeiten ins Auge zu fassen, nämlich die Potentia gestandi, die Möglichkeit, ein Kind auszutragen und die Potentia parturiundi, die Möglichkeit, ein Kind zu gebären. Eine Impotentia gestandi besteht z. B. bei habituellem Abortus und bei schweren perimetritischen Adhäsionen, die eine Vergrösserung des Uterus nicht zu Stande kommen lassen. Auch nach Trauma zurückgebliebene Verwachsungen des Uterus mit den benachbarten Organen können eine Impotentia gestandi zur Folge haben. Die Impotentia parturiundi ist z. B. dann vorhanden, wenn durch schwere Narbenbildungen Damm und Scheide der Möglichkeit einer Ausdehnung beraubt sind, sodass nur durch ein Einreissen der Weichtheile in grösserem

Umfange eine Geburt zu Stande kommen kann; ferner bei schweren Beckenverengungen, bei denen die Erlangung eines Kindes nur durch Kaiserschnitt oder durch andere Eingriffe möglich ist. Derartige Frauen besitzen also unter Umständen persönliche Eigenschaften, die ihren Gatten bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung derselben abgehalten haben würden (Anfechtung der Ehe), oder sie begehen nach Massgabe der Umstände des Falles eine schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten, natürlich ohne es zu wollen und ohne es ändern zu können (Ehescheidung).

Die Potentia coeundi ist beim Weibe zeitlich unbegrenzt, die Potentia concipiendi dagegen ist zeitlich begrenzt, und zwar im Allgemeinen vom 15. bis zum 50. Jahre. Sie richtet sich meist nach der Dauer der Menstruation; doch kommen auch Konzeptionen beim Fehlen oder nach dem gänzlichen Aufhören der Menstruation vor. Die Potentia concipiendi ist eben an die Ovulation gebunden, die mit der Menstruation keineswegs identisch ist.

B. Verbrechen gegen die Sittlichkeit.

Die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen lauten:

a. Strafgesetzbuch.

§ 174. Mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren werden bestraft:

1. Vormünder, welche mit ihren Pflegebefohlenen, Adoptiv- und Pflegeeltern, welche mit ihren Kindern, Geistliche, Lehrer und Erzieher, welche mit ihren minderjährigen Schülern oder Zöglingen unzüchtige Handlungen vornehmen;
2. Beamte, die mit Personen, gegen welche sie eine Untersuchung zu führen haben, oder welche ihrer Obhut anvertraut sind, unzüchtige Handlungen vornehmen;
3. Beamte, Aerzte oder andere Medizinalpersonen[1]), welche in Gefängnissen oder in öffentlichen[2]), zur Pflege von Kranken, Armen oder anderen Hülflosen bestimmten Anstalten beschäftigt oder angestellt sind, wenn sie mit den in das Gefängniss oder in die Anstalt aufgenommenen Personen unzüchtige Handlungen vornehmen.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter 6 Monaten ein.

§ 176. Mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren wird bestraft, wer

1. mit Gewalt unzüchtige Handlungen an einer Frauensperson vornimmt oder dieselbe durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben zur Duldung unzüchtiger Handlungen nöthigt;
2. eine in einem willenlosen oder bewusstlosen Zustande befindliche oder eine geisteskranke Frauensperson zum ausserehelichen Beischlaf missbraucht; oder
3. mit Personen unter 14 Jahren unzüchtige Handlungen vornimmt oder dieselben zur Verübung oder Duldung unzüchtiger Handlungen verleitet.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter 6 Monaten ein.

§ 177. Mit Zuchthaus wird bestraft, wer durch Gewalt oder durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben eine Frauensperson zur Duldung des ausserehelichen Beischlafes nöthigt, oder wer eine Frauensperson zum ausserehelichen Beischlafe missbraucht, nachdem er sie zu diesem Zwecke in einen willenlosen oder bewusstlosen Zustand versetzt hat.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter 1 Jahre ein.

---

[1]) Nach dem Urtheil des Reichsgerichts vom 24. VIII. 98. (Ferien-S.) fallen Krankenwärter nur dann unter „Medizinalpersonen", wenn sie nicht lediglich mit der Pflege der ihnen anvertrauten Kranken beschäftigt sind, sondern auch die Funktionen von Heildienern oder Heilgehülfen ausüben. Sind sie jedoch fest angestellt, so findet § 174 No. 3 auf sie als „Beamte" Anwendung.

[2]) Die Anstalten müssen öffentliche, d. h. aus öffentlichen Mitteln unterhaltene, oder mit Korporationsrechten ausgestattete, auf Privatwohlthätigkeit beruhende sein; die Vornahme unzüchtiger Handlungen mit Kranken in einer Privatkrankenanstalt, deren Unternehmer eventuell der Arzt selbst ist, fällt nicht unter § 174.

§ 178. Ist durch eine der im § 176/177 bezeichneten Handlungen der Tod der verletzten Person verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter 10 Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein.

§ 181. Die Kuppelei ist, selbst wenn sie weder gewohnheitsmässig, noch aus Eigennutz betrieben wird, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren zu bestrafen, wenn, um der Unzucht Vorschub zu leisten, hinterlistige Kunstgriffe angewendet werden.

§ 183. Wer durch eine unzüchtige Handlung öffentlich ein Aergerniss giebt, wird mit Gefängniss bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe bis zu 500 Mark bestraft. Neben der Gefängnissstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

b. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 825. Wer eine Frauensperson durch Hinterlist, durch Drohung oder unter Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses zur Gestattung der ausserehelichen Beiwohnung bestimmt, ist ihr zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

§ 1300. Hat eine unbescholtene Verlobte ihrem Verlobten die Beiwohnung gestattet, so kann sie auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld verlangen.

Die beiden Begriffe, welche uns in den eben angeführten gesetzlichen Bestimmungen entgegentreten, sind demnach im Wesentlichen die unzüchtigen Handlungen und der gewaltsame Beischlaf.

1. Unzüchtige Handlungen.

Unter unzüchtigen **Handlungen** verstehen wir solche Vorkommnisse, bei denen objektiv das allgemeine Scham- und Sittlichkeitsgefühl in geschlechtlicher Beziehung gröblich verletzt wird, und die subjektiv zur Erregung der geschlechtlichen Sinneslust des oder der Thäter dienen; auf eine Erregung oder Befriedigung des Geschlechtstriebes (Vollziehung des Beischlafes) brauchen sie nicht nothwendig gerichtet zu sein (Urth. d. R. G. vom 17. März 1882 [IV. Str. S.], vom 23. März 1882 [III. Str. S.] und vom 14. Juni 1883 [I. Str. S.]). Unzüchtige Redensarten fallen nicht unter den Begriff der unzüchtigen Handlung, da diese eine körperliche Thätigkeit voraussetzt. Eine Bestrafung einer unzüchtigen Handlung findet statt bei Erregung öffentlichen Aergernisses (§ 183 St.G.B.), sowie bei Vormündern, Adoptiveltern, Geistlichen, Lehrern, Erziehern, Beamten, Aerzten und anderen Medizinalpersonen, die mit den im § 174 genannten und zu ihnen in einem Abhängigkeitsverhältniss stehenden Personen unzüchtige Handlungen verüben. Weiter werden unzüchtige Handlungen bestraft, wenn sie mit Gewalt oder durch Drohung vollzogen werden; endlich ist jede unzüchtige Handlung an einem Kinde unter 14 Jahren strafbar. Durch das Einverständniss der missbrauchten Person wird eine nach § 174 strafbare unzüchtige Handlung nicht straffrei.

Es ist eine leider nur zu oft beobachtete, beklagenswerthe Thatsache, dass gerade betreffs sexueller Delikte falsche Denunziationen zur Kenntniss der Gerichte gelangen. Die Motive hierfür sind verschiedenfach; Rachsucht und Erpressungsversuche bilden sehr oft die Veranlassung zu Denunziationen; nicht selten liegt ihre Ursache auch in Geistesstörungen. Fälle letzterer Art

sind namentlich für Aerzte ausserordentlich unangenehm, da es oft vieler Mühe bedarf, um das Gericht von der Grundlosigkeit einer derartigen Anzeige zu überzeugen. So ist ein Fall bekannt, bei welchem eine untersuchte Frauensperson während der Untersuchung mit dem Scheidespiegel in Ohnmacht fiel; sie erklärte nachher, dass sie gemissbraucht sei und sprach das Riechmittel, mit dem sie der Arzt zu sich gebracht hatte, für Chloroform an. In einem andern Fall behauptete eine Person, dass sie während einer Chloroformnarkose Gegenstand eines unsittlichen Attentates seitens des Arztes geworden sei, obschon die Gegenwart ihrer Angehörigen bei der Operation ein derartiges Vorkommniss unmöglich gemacht hatte. Es sind dies besonders hysterische Individuen, deren Angaben dann der gerichtsärztlichen Kritik unterliegen. Aber auch die Aussagen geistesgesunder Personen müssen dann einer gewissen Skepsis begegnen, wenn es sich um Vorkommnisse handelt, die ihnen zur Zeit der Menstruation zugestossen sein sollen; ähnlich verhält es sich mit den Aussagen von Mädchen, die sich im Stadium der beginnenden Pubertät befinden.

Den thatsächlich begangenen Sittlichkeitsverbrechen liegen zum Theil Abnormitäten in der sexuellen Sphäre zu Grunde, zum Theil sind sie von rohen, gewaltthätigen Individuen in dem Glauben, „es würde nicht herauskommen" begangen, um ihrer Sinnenlust zu fröhnen. Die **Abnormitäten der sexuellen Sphäre** haben in von Krafft-Ebing einen bedeutsamen Interpreten gefunden. Derselbe unterscheidet: 1. Defekt des Geschlechtstriebes, 2. abnorm früher Geschlechtstrieb, 3. sexuelle Hyperästhesie und 4. sexuelle Perversion. Von der letzteren Gruppe sind Sadismus, Masochismus und Fetischismus zu unterscheiden. Der Sadismus kennzeichnet sich durch die Misshandlung des betreffenden weiblichen Individuums während der Vollziehung des Coitus; ihm liegt eine Wechselbeziehung zwischen Wollust und Schmerzzufügung zu Grunde. Die höheren Grade des Sadismus können Lustmord, Zerstückelung des Opfers, Herumwühlen in den Eingeweiden desselben, Mitnahme von Leichentheilen und schliesslich Anthropophagie sein; es begreift sich, dass dem Sadismus unter Umständen eine grosse gerichtsärztliche Bedeutung zukommt. Der Masochismus ist dadurch charakterisirt, dass das männliche Individuum der misshandelte Theil ist, während der Beischlaf vollzogen wird. Die Aeusserungen des Masochismus können unter anderem im Aufsuchen von Misshandlungen und passiver Flagellation bestehen; seine gerichtsärztliche Bedeutung ist nicht sehr gross. Der Fetischismus beruht auf der Betrachtung von Körpertheilen oder Kleidungsstücken des Weibes unter Wollustempfindung; Hand, Fuss, Haar, Kleidungsstücke, insbesondere Wäsche sind die Substrate des Fetischismus. Er kann sich, was gerichtsärztlich von Wichtigkeit ist, im Zopfabschneiden, im Diebstahl der betreffenden Kleidungsgegenstände, Bespritzen derselben mit Dinte auf der Strasse u. s. w. äussern.

Die Frage, ob eine dieser Anomalien mit geistiger Erkrankung verbunden ist, muss eine psychiatrische Untersuchung

des betreffenden Individuums ergeben; insbesondere wird die Frage hier genau zu ventiliren sein, ob das betreffende Individuum die Handlung in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit beging, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war (§ 51 St.G.B.). Es ist ein vollkommener Irrthum, zu denken, dass das Bestehen einer sexuellen Hyperästhesie oder Perversion allein für sich genügen, um das Bestehen einer geistigen, die Zurechnungsfähigkeit ausschliessenden Erkrankung zu beweisen; der Gesammteindruck der Persönlichkeit, die Frage, wie weit sie sich von der normalen Breite entfernt hat, und wie weit sie daneben noch andere Anomalien aufweist, kann allein zur Beantwortung der Frage, ob § 51 St.G.B. vorliegt, verhelfen. Es ist ja bekannt, dass einige Gruppen von Geisteskranken ein gewisses Kontingent in die Reihen der Sittlichkeitsverbrecher entsenden: Epileptiker, Paralytiker und senile Demente werden in der Regel den Schutz des § 51 St.G.B. geniessen können; aber nicht jeder Epileptiker hat einen Freibrief zur Begehung aller Delikte, eben weil er Epileptiker ist.

Als unzüchtige Handlungen im Sinne des Strafgesetzbuches kommen besonders in Betracht: die Exhibition, die unzüchtige Berührung und das gewaltsame manuelle Eindringen in den weiblichen Genitalkanal.

Die **Exhibition** besteht in dem Zurschaustellen der entblössten Genitalien mit oder ohne gleichzeitige Ausführung masturbatorischer Prozeduren. **Unzüchtige Berührung** kann stattfinden, indem der Geschlechtstheil des betreffenden Individuums von Frauenspersonen berührt wird, ohne dass diese es wollen oder merken; es genügt aber auch schon, wenn das betreffende Individuum seine Finger dem Geschlechtstheil einer weiblichen Person nähert, um dort irgend welche Manipulationen auszuführen. **Gewaltsames Eindringen in den weiblichen Genitalkanal** vermittelst des Fingers stellt eine weitere Gruppe der unzüchtigen Handlungen dar. Gerichtsärztlich ist es von Wichtigkeit, dass Exkoriationen an den Oberschenkeln und den grossen Labien die Form der Nägel in charakteristischer Weise als Effekt der unzüchtigen Handlungen wiedergeben können, wodurch der Nachweis erleichtert wird. Einbohren mit dem Finger in den Genitalkanal wird im Allgemeinen, namentlich bei Kindern unter 14 Jahren, Zerreissung des Hymen, wenn nicht gar noch stärkere Verletzungen, z. B. Aufreissung der Scheide, zur Folge haben.

Die Verhältnisse bringen es mit sich, dass gerade bei diesen Delikten an Kindern unter 14 Jahren oft auf deren Glaubwürdigkeit der grösste Werth gelegt werden muss; wie sehr aber Kinder in ihren Aussagen zu beeinflussen sind, ist bekannt. Der Gerichtsarzt darf sich bei derartigen Verbrechen auch nicht ein Haar von der ihm zugewiesenen Linie der Beweisführung entfernen; er wird die objektiven Residuen einer unzüchtigen Handlung zu deuten und zu würdigen haben, ohne sich in kombinatorische Spielereien einzulassen, und schliesslich auch seine Bedenken äussern müssen, wenn er bezüglich der Glaubwürdigkeit

junger Individuen, die erst eben in die Schule gekommen sind oder noch nicht einmal das schulpflichtige Alter erreicht haben, gefragt wird.

2. Nachweis der Kohabitation.

Der Nachweis des stattgehabten Beischlafes wird geführt entweder durch die Veränderungen an den weiblichen Genitalien, oder durch den Befund von männlichem Sperma in denselben bezw. in den Kleidungsstücken des betreffenden weiblichen Individuums oder eventuell durch den Nachweis einer durch den Beischlaf stattgehabten virulenten Infektion.

Die **an den Genitalien durch den Beischlaf hervorgerufenen Veränderungen** sind, soweit es sich um die grossen und die kleinen Labien handelt, unbedeutend und wenig in Betracht kommend. Die grossen Labien können je nach dem Ernährungszustande der betreffenden Person derb, fest und prall, oder schlaff sein und die kleinen Labien in weiter Ausdehnung sichtbar lassen; letztere sind entweder durch die grossen Labien vollkommen verdeckt oder ragen, namentlich nach häufig ausgeführten masturbatorischen Prozeduren, z. B. durch Zupfen, gross und schlaff zwischen den grossen Labien hervor.

Die wichtigsten Kriterien für den stattgehabten Beischlaf liefert der **Hymen**, der in seltenen Fällen zwar wohl einmal ganz fehlen kann, im Allgemeinen aber stets vorhanden ist und in frischen Fällen ganz eindeutige Veränderungen aufweist. Von den verschiedenen, zur Beobachtung gelangten Hymenformen ist die häufigste, gewissermassen die Grundform, der Hymen annularis, eine ringförmig den Scheideneingang bedeckende Klappe von verschiedener Ausdehnung, die häufig nur einen schmalen Saum darstellt, aber auch sehr stark ausgebildet sein kann, so dass sie nur eine schmale Oeffnung in der Mitte frei lässt. Liegt diese Oeffnung exzentrisch, so handelt es sich um einen Hymen semilunaris; unter Umständen kann hier der der Mondsichel gegenüberliegende Theil des Hymens vollkommen fehlen. Zuweilen findet sich ein Fortsatz in der Mittellinie am Hymen befestigt, der sowohl vorn wie hinten seinen Sitz hat und zapfenförmig in die Hymenalöffnung hineinragt. In anderen Fällen sieht man den Hymen in der Mitte vollkommen überbrückt, Hymen septus; die beiden nunmehr gebildeten Hymenalöffnungen können gleich oder ungleich sein. Mitunter sind auch mehrere Oeffnungen vorhanden, Hymen triloculares etc., oder es findet sich ein siebförmiger Hymen, H. cribriformis. Endlich giebt es noch eine gelappte Hymenform, — H. lobatus — wenn eine Reihe natürlicher Einkerbungen die Kontinuität des Hymenalringes unterbrechen; über diese natürlichen Einkerbungen kann man stets die unveränderte, gleichmässig rothgefärbte Schleimhaut hinwegziehen sehen, ein Befund, der sich bei etwaigen gewaltsam entstandenen Einkerbungen, d. h. vernarbten Hymenrissen, nicht findet. Diesen

Unterschied zwischen natürlichen und traumatischen Einkerbungen sieht man besonders bei dem zottenförmigen Hymen, H. fimbriatus; die ganze Scheidenklappe ist hier mit feinen millimeterlangen Wärzchen besetzt, die natürlich an der Stelle der Narben fehlen.

Der Vollzug des Beischlafes braucht nicht eine Verletzung des Hymens in sich zu schliessen; bei einer Reihe von Fällen findet man vielmehr den Hymen noch intakt, namentlich dann, wenn, wie dies bei einem an Kindern verübten gewaltsamen Beischlaf die Regel bildet, das Glied wegen der Ungleichheit der Theile nicht in den Genitalkanal eingedrungen ist, oder der Hymen sehr dehnbar war und bei genügender Elastizität bei Seite gedrängt werden konnte. Besonders beim gelappten und lippenförmigen Hymen können Verletzungen gänzlich fehlen, ferner in denjenigen Fällen, in denen die Weite der ursprünglichen Oeffnung und die Dehnbarkeit der Substanz des Hymens das Eindringen eines männlichen Gliedes ohne weiteres gestattete. Die Weite der Hymenöffnung ist sehr verschieden; sie kann bei neugeborenen Kindern 1 cm und darüber betragen, bei geschlechtsreifen Personen ist sie so gross, dass ein nicht zu voluminöser Finger ohne besondere Spannung eingeführt werden kann. Auch die Dehnbarkeit des Hymens ist ungemein verschieden; Haberda gelang bei einem Leichenversuch die Einführung eines Glascylinders von 4,9 cm Breite und 14,8 cm Umfang ohne Verletzung.[1]) Der eben genannte Autor konnte bei 40 Fällen von Nothzucht bei Mädchen von 10—18 Jahren nur in 50 % anatomische Zeichen der Defloration feststellen. Die gesetzten Verletzungen können auch sehr schnell, schon nach wenigen Tagen heilen. Die Heilung erfolgt sehr selten in der Weise, dass sich die Ränder der Risse wieder an einander legen, vielmehr in der Regel unter Bildung einer Kerbe. Selten wird ferner die ganze Breite des Hymens verletzt, oder gar die Scheidenschleimhaut, meist nur die zentralen Partien, und zwar so, dass im hinteren Theil des Hymens ein medianer Riss entsteht, oder dass ebenfalls im hinteren Abschnitt des Hymens ein mittlerer Lappen durch 2 nach hinten verlaufende Risse abgespalten wird. Die angeborenen (natürlichen) Einkerbungen unterscheiden sich von den traumatischen dadurch, dass sie mit einer zarten Schleimhaut bedeckt sind, dass sie meist symmetrisch und stets gerade und abgerundet verlaufen, während die traumatischen Einkerbungen der Schleimhaut entbehren, häufig asymmetrisch liegen und einen zackigen oder winkeligen Verlauf haben. Eine durchgreifende Einkerbung des Hymens, welche, wenn auch nur in minimaler Ausdehnung, die Scheidenwand frei sichtbar werden lässt, ist ein untrügliches Zeichen einer traumatischen Einkerbung.

Beim Hymen septus kann es sich ereignen, dass nur die eine Hälfte des Hymens deflorirt wird, während die andere in-

[1]) Haberda: Ueber den anatomischen Nachweis der erfolgten Defloration. Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. 1900.

takt bleibt. Zuweilen aber kommt es auch vor, dass bei einem breiten Hymen ein Riss zu Stande kommt, der nicht von der natürlichen Oeffnung ausgeht, so dass ein Hymen biperforatus entsteht. Für die Entscheidung der Frage, ob bei einem derartigen Falle eine natürliche oder eine durch Trauma bedingte Bildung vorliegt, ist es nach Haberda von Wichtigkeit, ob die einzelnen Zapfen des Hymens aus den Columnae rugarum der Scheide hervorgehen oder nicht.

Gelangen Fälle von **Defloration** frisch zur Untersuchung, dann wird der Gerichtsarzt subjektive und objektive Merkmale wahrnehmen können. Zu den subjektiven Merkmalen sind Erschwerung des Gehens, eventuell breitspuriger Gang, sowie starke Schmerzen bei der Berührung der Genitalien zu rechnen, zu den objektiven zählen die Blutung und der noch nicht vernarbte, durch Coagula vielleicht verklebte Hymenalriss. Eine vollkommene Vernichtung des Hymens erfolgt vor der ersten Geburt nicht; hier erst bilden sich beim Durchtritt des Kindes jene als Carunculae myrtiformes bekannten zapfenförmigen Reste.

Nicht jede Hymenverletzung ist durch einen Beischlaf entstanden. Abgesehen von den schon erwähnten Einrissen durch unzüchtige Handlungen, kann auch ein Aufschlagen der Genitalien auf einen spitzigen oder kantigen Körper einen Hymenriss hervorrufen. Masturbation bewirkt keine Verletzung des Hymens, wenigstens wird man im Allgemeinen wegen der damit verbundenen Schmerzen zu dieser Annahme berechtigt sein. Die bei der Defloration erfolgten Veränderungen an den übrigen Genitalien treten an Wichtigkeit hinter denjenigen des Hymens zurück. In seltenen Fällen wird eine Aufreissung der Vagina erfolgen; die letztere wird aber immer noch ihre runzliche Beschaffenheit beibehalten, die erst später, namentlich nach stattgehabten Entbindungen, verloren geht.

Der Nachweis des Sperma in den Genitalien oder an den Kleidungsstücken der Stuprata bildet ein weiteres Beweismittel für den gewaltsamen Beischlaf. Die Fälle, in denen Sperma im Genitalkanal nachgewiesen wird, dürften ausserordentlich selten sein, da das Verbrechen meist erst nach einiger Zeit zur Kenntniss der Behörden kommt. Als Untersuchungsobjekte dienen dann die Kleidungsstücke des gemissbrauchten weiblichen Individuums u. s. w.; betreffs der Technik dieser Untersuchungen s. S. 99. Ein positiver Befund von Sperma ist ein die Annahme eines Beischlafes beweisender Befund; ein negativer Befund beweist anderseits nichts gegen diese, da der Samen keine Spermatozoen zu enthalten braucht (Azoospermie), und im Uebrigen auch andere Momente eine Ejakulation oder ein Aufsaugen des Sperma durch die Kleidung verhindert haben können.

Findet sich bei dem gemissbrauchten weiblichen Individuum eine infektiöse Geschlechtskrankheit, und der Thäter leidet an derselben Erkrankung, so ist dies für die Untersuchung ein ausserordentlich wichtiger, wenn auch nicht absolut beweisender Befund; denn die Gonorrhoe des

stuprirten Mädchens kann auch eine ganz andere Quelle besitzen. Die Annahme, dass z. B. durch Schwämme, die mit Trippergift infizirt sind, oder durch Schlafen in dem Bette einer an Gonorrhoe erkrankten Frauensperson eine Uebertragung der Krankheit stattfinden kann, ist durchaus als möglich zuzugeben, wenngleich auch gerade ein derartiger Zusammenhang nicht häufig sein dürfte. Der Nachweis von übertragenen syphilitischen Infektionen geschieht nach den bekannten klinischen Symptomen der Lues; bei der Gonorrhoe ist neben dem klinischen Befund noch die bakteriologisch-mikroskopische Feststellung der Gonokokken zu berücksichtigen. Wichtig ist, dass fast stets zwei, etwa nierenförmige, durch eine oft breite, linsenförmige Kittmasse verbundene Mikroorganismen neben einander liegen; häufig sind in einer Eiterzelle mehrere, ja 10 und mehr solcher Kokkenpaare vorhanden; die Länge des Paares ist 0,8—1,6 μ, die Breite 0,6—0,8 μ. Die Bakterien färben sich nach den gewöhnlichen Färbemethoden und entfärben sich nach Gram. In zweifelhaften Fällen ist eine Kultur zu versuchen, die auf folgenden Nährböden gelingt: 1. Agar mit Menschenblut bestrichen, 2. menschliches Blutserum, 3. Ascites-Flüssigkeit mit Glyzerinagar zu gleichen Theilen gemischt, 4. Menschenharn-Agar und endlich 5. Eiweissharn-Agar.[1]) Bemerkenswerth ist, dass Austrocknen nach Stunden die Kokken tödtet und dass daher nur vom frischen Untersuchungsobjekt ein Kulturversuch zu veranstalten ist. Die Virulenz der Kokken schwankt; auch bei einem fast abgelaufenen Tripper ist eine virulente Infektion dem zarten Epithel eines jungen Individuums gegenüber nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich.

3. Erschwerende Umstände bei unzüchtigen Handlungen und gewaltsamer Beischlaf.

Das Strafgesetzbuch bedroht sowohl die unzüchtigen Handlungen, als den ausserehelichen Beischlaf, falls die Ausführung mit Gewalt und unter Drohung erfolgt ist, mit besonderer Strafe; ebenso die Kuppelei, wenn, um der Unzucht Vorschub zu leisten, hinterlistige Kunstgriffe angewandt sind. Auch das B.G.B. nimmt Hinterlist als erschwerenden Umstand an. Es ist einleuchtend, dass kleinen Kindern gegenüber Gewalt leicht angewendet werden kann; dass dagegen erwachsenen weiblichen Individuen, namentlich kräftigen Frauenspersonen Gewalt angethan werden könne, ist nur unter ganz besonderen Umständen möglich, z. B. wenn die Betreffenden in Situationen gerathen, wo sie einfach mechanisch ausser Stande sind, sich zu rühren, durch Fesseln u. s. w. Aehnlich verhält es sich mit der Drohung; der häufig gemachten Angabe, dass der Thäter Drohungen angewendet habe, wird man nur unter ganz besonderen

[1]) K. B. Lehmann & R. Neumann: Atlas und Grundriss der Bakteriologie. 2. Auflage. München 1900. Verlag von J. F. Lehmann.

Umständen Glauben schenken dürfen. Eine kräftige Frauensperson, die in ihrem Heiligsten, ihrer Geschlechtsehre, angegriffen wird, lässt sich eben nicht ohne Weiteres einschüchtern; ihre Kraft ist, wenn sie einem einigermassen ebenbürtigen Partner gegenübersteht, eine derartige, dass sie jene wohl zu wahren vermag. Es ist daher bei derartigen Angaben zu fordern, dass sichtbare Zeichen dieser Gewalt, Zeichen des Kampfes, und zwar an dem Thäter wie an seinem Opfer, nachgewiesen werden. Finden sich Zeichen angewandter Gewalt allein an dem Opfer, so können diese auch vorgetäuscht sein; es ist dann die Aufgabe des Gerichtsarztes, den Befund mit den Angaben der Betreffenden in Einklang zu bringen.

Unter die erschwerenden Umstände rechnet der Gesetzgeber weiter, wenn in willenlosem oder bewusstlosem Zustande befindliche oder geisteskranke Frauenspersonen zum ausserehelichen Beischlaf gebraucht oder Frauenspersonen zum Zwecke des ausserehelichen Beischlafes in einen willenlosen oder bewusstlosen Zustand versetzt werden. Dass eine zum Zweck einer Operation narkotisierte oder durch eine Verletzung, z. B. Kopfverletzung, bewusstlos gemachte Frauensperson ohne Weiteres geschlechtlich missbraucht werden kann, ist selbstverständlich, dagegen muss die Möglichkeit des Vollzuges des ausserehelichen Beischlafes an einer schlafenden Frauensperson Zweifeln begegnen. Auch wenn man den tiefsten Schlaf annimmt, wird man doch vermuthen müssen, dass die Betreffende erwacht, während die Kohabitation vollzogen wird. Handelt es sich um ausserehelichen Beischlaf mit einer geisteskranken Frauensperson, so kommt es hier darauf an, dass diese wegen ihrer Krankheit als willenlos anzusehen und nicht in der Lage ist, zwischen einer dem Sittengesetz entsprechenden und einer demselben widerstreitenden Befriedigung des Geschlechtstriebes zu unterscheiden. In jedem Falle wird also eine genaue Untersuchung der betreffenden Person in Bezug auf ihre Willensfreiheit stattfinden müssen; erscheint diese unbeschränkt, so liegt keine Geisteskrankheit vor, ist sie dagegen so beschränkt, dass die Einwilligung zum Beischlafe sich nicht als rein frei gewollt darstellt, so ist die Person geisteskrank im Sinne des § 176 (Urtheil d. R.-Ger. v. 30. November 1881).

Das häufigste Mittel, um eine Frauensperson behufs Ausübung des ausserehelichen Beischlafes in einen willen- und bewusstlosen Zustand zu versetzen, ist die Hervorbringung eines Rausches. Die Frage, ob es möglich ist, eine Person durch Chloroform zu narkotisiren, ist selbstverständlich zu bejahen, obwohl hierbei auch zu berücksichtigen ist, dass eine Chloroformnarkose durchaus nicht ein so einfaches Ding ist, wie das Publikum im Allgemeinen annimmt. Aber diese Schwierigkeit entfällt mit der Annahme, dass der Thäter mit den Zwischenfällen einer Chloroformnarkose vertraut ist. Ein geübter Narkotiseur wird sogar, wie dies festgestellt ist, schlafende Personen, ohne dass diese erwachen, aus dem Schlaf in die Chloroformnarkose herüberzubringen verstehen. Die Möglichkeit, eine

Frauensperson durch Hypnose zur Duldung des ausserehelichen Beischlafes zu bringen, unterliegt der Diskussion. Es wird hierbei festzuhalten sein, dass die Macht der Hypnose ja gewiss eine recht grosse ist, und dass namentlich suggestible Individuen dem Willen des Hypnotiseurs bis zu einem hohen Grade unterworfen werden können, aber eben nur bis zu einem gewissen Grade. Ihnen adäquate Vorstellungen werden sie ihrem Gehirn auch leicht einverleiben können, inadäquate dagegen wird ihnen auch die Hypnose nicht zu geben vermögen. Ist ihnen daher die Vorstellung einer Kohabitation mit dem betreffenden Hypnotiseur eine adäquate, angenehme, so wird die Hypnose diese Vorstellung leichter in Wirklichkeit umsetzen können; ist ihnen die Vorstellung dagegen eine unangenehme, inadäquate, so werden sich trotz der Hypnose Hemmungen bemerkbar machen, welche die Ausübung des Vorhabens vereiteln. Im Uebrigen wird auf die betreffenden Abschnitte im dritten Theil hingewiesen.

Unter die erschwerenden Umstände, unter denen unzüchtige Handlungen oder ausserehelicher Beischlaf verübt werden können, rechnet der Gesetzgeber noch den Tod der verletzten Person. Der Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges zwischen der Gewaltanwendung, der Drohung, dem Versetzen in einen bewusstlosen Zustand und dem Tode liegt demgemäss dem Gerichtsarzt ob. In Betracht kommen hier Verblutungen, Shock, Chloroformtod, abgesehen von dem Lustmord und anderen gewaltsamen Gesundheitsbeschädigungen.

4. Widernatürliche Unzucht.

Das Strafgesetzbuch bestimmt:

§ 175. Die widernatürliche Unzucht, welche zwischen Personen männlichen Geschlechts oder von Menschen mit Thieren begangen wird, ist mit Gefängniss zu bestrafen; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

Unter der widernatürlichen Unzucht zwischen Männern versteht der Gesetzgeber nur beischlafsähnliche Handlungen; wechselseitige Masturbation zwischen Männern ist nach § 175 nicht strafbar.

Medizinisch wird unter widernatürlicher Unzucht eine aus konträrer Sexualempfindung im Sinne eines sexuellen Triebes zum eigenen Geschlecht hervorgegangene verstanden. Diese konträre Empfindung kann neben der normalen Empfindung für das andere Geschlecht bestehen (psychische Hermaphrodisie), oder sie kann sich ausschliesslich Personen desselben Geschlechts zuwenden, (Homosexualität,) oder der Charakter der abnormen Geschlechtsempfindung kann so geartet sein, dass der Mann sich in der Stellung des Weibes dem Manne gegenüber fühlt, und das Weib in der des Mannes dem Weibe gegenüber (Effeminatio und Viraginität), oder es kann endlich neben dem Charakter auch noch Körper, Skelett, Gesichtstypus, Stimme dem anderen Geschlecht zugehörig erscheinen (Androgynie und Gynandrie).

Die Handlungen, welche Weiber, die konträr sexuell sind, begehen, sind Masturbation, Tribadie, Cunnilinguus und Benutzung von Priapen zur Imitatio coitus. Konträr sexuelle Männer begehen aktiv und passiv Päderastie, passive und mutuelle Masturbation und Coitus inter femora; bei beiden Geschlechtern kommen ausserdem noch dem Unkundigen unverfängliche Handlungen, wie Umarmen, Küssen u. s. w. vor.

Konträr sexuelle Frauenspersonen fallen nicht unter den § 175 St.G B. Der Umstand, dass die widernatürliche Unzucht zwischen Männern bestraft wird, begegnet vielfachen Widersprüchen seitens der interessirten Kreise. Es ist hier nicht der Ort über die Berechtigung dieser Strömung zu urtheilen, nur das sei bemerkt, dass die Handlungen der konträr sexuellen Männer ebenso wie die der konträr sexuellen weiblichen Personen unserm sittlichen Empfinden auf's Schärfste widersprechen, und dass es ausserordentlich bedenklich erscheint, wenn man einer Degeneration zu Liebe das Niveau unseres sittlichen Empfindens verändern wollte. Im Uebrigen gilt bezüglich des Geisteszustandes der konträr Sexuellen das, was oben bei Besprechung der unzüchtigen Handlungen gesagt ist. Es giebt entartete Individuen, bei denen die sexuelle Empfindung eben nur eine Theilerscheinung der psychischen Degeneration überhaupt ist, und auf welche der § 51 St.G.B. Anwendung finden muss; es giebt aber andere, die durchaus für zurechnungsfähig im Sinne des § 51 St. G. B. erachtet werden müssen. Eine dritte Gruppe rekrutirt sich aus Leuten, die frühzeitig masturbirt haben und einer normalen Geschlechtsempfindung nicht mehr fähig sind. Endlich wird nicht geleugnet werden können, dass es originär homosexual veranlagte Individuen giebt; auf diese findet der § 51 ohne weiteres keine Anwendung, sie haben sich eben mit den bestehenden Gesetzen abzufinden.

Für den Gerichtsarzt ist von besonderem Interesse die Päderastie, weil sie zuweilen gestattet, den anatomischen Nachweis der strafbaren Handlung zu führen. Der Nachweis des päderastischen Aktes richtet sich darnach, ob die Päderastie einmal oder habituell geübt wurde; selbstverständlich ist nur die passive Päderastie nachweisbar, bei der aktiven ist dies unmöglich. Nach einmaliger oder selten geübter Päderastie wird man zuweilen am After Exkoriationen oder Einrisse finden, die eventuell noch durch Coagula verklebt sind. Auch der Nachweis des Sperma wird in seltenen Fällen möglich sein; der Nachweis des Sperma in der Kleidung des betreffenden Individuums ist für die Annahme einer Päderastie natürlich nur dann beweiskräftig, wenn der passive Päderast an Azoospermie leidet. Auch eine virulente Infektion des Mastdarms oder eine einfache katarrhalische Proctitis kann die Folge einmaliger Päderastie sein. Der Nachweis der habituellen Päderastie wird nach Tarnowsky geführt, indem man das Individuum in Knieellenbogenlage mit stark gebeugtem Kopf etwa eine Viertelstunde lang knieen lässt, um so eine Erschlaffung der Analmuskulatur zu erzielen. Bei der Inspektion

wird man dann ein Fehlen der radiären Falten am After finden, der untersuchende Finger fühlt nicht die lebhafte Kontraktion der Sphinkteren, sondern gelangt ohne Mühe weit in die Ampulle hinein. Fissuren und Analfisteln können ausserdem vorhanden sein; der Anus wird in ausgesprochenen Fällen überhaupt klaffen.

Unter widernatürlicher Unzucht versteht der § 175 weiter jede beischlafsähnliche Handlung, die von Menschen mit Thieren verübt ist, d. h. also jede Berührung des Thierkörpers mit dem Geschlechtstheil zur Befriedigung der Sinneslust; eine Vereinigung der Geschlechtstheile ist nicht erforderlich. Mit Strafe werden hier die Frauen ebenso wie die Männer bedroht. In Frage kommen besonders Stuten, Kühe, Ziegen, Hunde, Hühner und Enten, soweit es sich um den Verkehr von Männern mit Thieren handelt, und Hunde bei widernatürlicher Unzucht der Frauen. Der gerichtsärztliche Nachweis der Sodomie oder Bestialität kann erbracht werden einmal aus dem Befund von menschlichen Schamhaaren an dem Geschlechtstheil des Thieres, aus dem Befund von Thierhaaren oder Vogelfedern am Genitale des betreffenden menschlichen Individuums, aus dem Befund von Blut einer bestimmten Thierspezies am Körper oder an den Kleidungsstücken eines der That verdächtigen Individuums und endlich aus dem Befund von Kratzwunden, wie sie von Hunden ausgeführt werden, am menschlichen Körper. Dass die Untersuchung der Psyche auch hier in manchen Fällen ein Vorliegen des § 51 St.G.B. ergeben wird, ist selbstverständlich.

C. Schwangerschaft und Geburt.

1. Gesetzliche Bestimmungen.

a. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 844, Absatz 2 . . . die Ersatzpflicht tritt auch dann ein, wenn der Dritte zur Zeit der Verletzung erzeugt, aber noch nicht geboren war.

§ 1313. Eine Frau darf erst zehn Monate nach der Auflösung oder Nichtigkeitserklärung ihrer früheren Ehe eine neue Ehe eingehen, es sei denn dass sie inzwischen geboren hat. Von dieser Vorschrift kann Befreiung bewilligt werden.

§ 1591. Ein Kind, das nach Eingehung der Ehe geboren wird, ist ehelich, wenn die Frau es vor oder während der Ehe empfangen, und der Mann innerhalb der Empfängnisszeit der Frau beigewohnt hat. Das Kind ist nicht ehelich, wenn es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, dass die Frau das Kind von dem Manne empfangen hat; es wird vermuthet, dass der Mann innerhalb der Empfängnisszeit der Frau beigewohnt habe. Soweit die Empfängnisszeit in die Zeit vor der Ehe fällt, gilt die Vermuthung nur, wenn der Mann gestorben ist, ohne die Ehelichkeit des Kindes angefochten zu haben.

§ 1592. Als Empfängnisszeit gilt die Zeit vom 181. bis 302. Tage vor dem Tage der Geburt des Kindes mit Einschluss sowohl des 181., als des 302. Tages. Steht fest, dass das Kind innerhalb eines Zeitraumes empfangen worden

ist, der weiter als 302 Tage vor dem Tage der Geburt zurückliegt, so gilt zu Gunsten der Ehelichkeit des Kindes dieser Zeitraum als Empfängnisszeit.

§ 1600. Wird von einer Frau, die sich nach der Auflösung ihrer Ehe wieder verheirathet hat, ein Kind geboren, das ein eheliches Kind sowohl des ersten, als des zweiten Mannes sein würde, so gilt das Kind, wenn es innerhalb 270 Tagen nach der Auflösung der früheren Ehe geboren wird, als Kind des ersten Mannes, wenn es später geboren wird, als Kind des zweiten Mannes.

§ 1717. Als Vater des unehelichen Kindes gilt, wer der Mutter innerhalb der Empfängnisszeit beigewohnt hat, es sei denn, dass auch ein Anderer ihr innerhalb dieser Zeit beigewohnt hat. Eine Beiwohnung bleibt jedoch ausser Betracht, wenn es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, dass die Mutter das Kind aus dieser Beiwohnung empfangen hat. Als Empfängnisszeit gilt die Zeit vom 181. bis 302. Tage vor dem Tage der Geburt des Kindes mit Einschluss sowohl des 181. als auch des 302. Tages.

§ 1777, Absatz 2. Der Vater kann für ein Kind, das erst nach seinem Tode geboren wird, einen Vormund benennen, wenn er dazu berechtigt sein würde, falls das Kind vor seinem Tode geboren wäre.

§ 1912. Eine Leibesfrucht erhält zur Wahrung ihrer künftigen Rechte, soweit diese einer Fürsorge bedürfen, einen Pfleger.

§ 1923. Erbe kann nur werden, wer zur Zeit des Erbfalls lebte; wer zur Zeit des Erbfalls noch nicht lebte, aber bereits erzeugt war, gilt als vor dem Erbfalle geboren.

§ 2043. Soweit die Erbtheile wegen der zu erwartenden Geburt eines Miterben noch unbestimmt sind, ist die Auseinandersetzung bis zur Hebung der Unbestimmtheit ausgeschlossen.

b. Strafgesetzbuch.

§ 169 des St.G.B. Wer ein Kind unterschiebt oder vorsätzlich verwechselt, oder wer auf andere Weise den Personenstand eines anderen vorsätzlich verändert oder unterdrückt, wird mit Gefängniss bis zu drei Jahren, und, wenn die Handlung in gewinnsüchtiger Absicht begangen wurde, mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren bestraft. Der Versuch ist strafbar.

c. Strafprozessordnung.

§ 485, Abs. 2. An Schwangeren oder geisteskranken Personen darf ein Todesurtheil nicht vollstreckt werden.

2. Feststellung der Schwangerschaft und deren Dauer. Empfängnisszeit.

Wie aus den vorstehenden gesetzlichen Bestimmungen erhellt, kann dem Gerichtsarzt die Aufgabe gestellt werden, die offenbare Unmöglichkeit zu beweisen, dass eine Leibesfrucht von einem bestimmten Vater herrühren könne. Wir haben bereits oben bei der Besprechung der Zeugungsfähigkeit hierauf Bezug genommen und wollen an dieser Stelle nur betonen, dass die Unmöglichkeit eine offenbare sein muss, z. B. wenn die Frau zur Zeit der Beiwohnung bereits schwanger war, auch wenn diese Beiwohnung noch in die Empfängnisszeit fällt, oder wenn die Frau abortirt hat, und die

Beiwohnung in der Zeit vor dem Abort stattfand. Ob es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, dass das Kind von einem Vater abstamme, der einer anderen Rasse angehört als es selbst, wenn keine einzige Rasseneigenthümlichkeit auf das Kind übergegangen ist, dürfte fraglich sein, da bei Rassenkreuzung die Kinder mitunter fast allein dem Vater oder der Mutter ähneln. Der Beweis, dass nach dem Reifezustand des Kindes eine Empfängniss der Frau von dem Manne unmöglich sei, kann vom Richter zugelassen werden. Für das Gelingen des Beweises dürfte es von Wichtigkeit sein, dass die Inkongruenz zwischen Dauer der Empfängnisszeit und Reifezustand des Kindes eine in die Augen springende „offenbare" sei.

Weiter unterliegt der gerichtsärztlichen Feststellung der Nachweis, dass eine Schwangerschaft besteht, oder dass dieselbe unterbrochen wurde, oder dass sie ihr natürliches Ende erreicht hat auch nach § 1333 B. G. B. (Anfechtung der Ehe wegen persönlicher Eigenschaften). Endlich kann auch der Nachweis einer Spätgeburt erbracht werden müssen insofern, als das Gesetz bestimmt, dass ein Kind auch noch als ehelich zu gelten hat, wenn die Empfängniss vor dem 302. Tage vor der Geburt stattgefunden hat.

Die **Diagnose der Schwangerschaft** stützt sich zunächst auf allgemeine Symptome, von denen die des Digestionsapparates, der Haut und des Nervensystems im Vordergrund stehen. Unter die Veränderungen des Digestionsapparates gehören Uebelkeit und Erbrechen, die zum Theil im Anschluss an die Mahlzeiten einstellen, zum Theil aber auch unabhängig von diesen auftreten können. Die Haut zeigt eigenthümliche Pigmentirungen namentlich im Gesicht in Gestalt von braunen Flecken (Chloasma uterinum); ferner erscheint die Gegend der Linea alba am Bauch pigmentiert. Zu den Reaktionserscheinungen des Nervensystems sind Kopfschmerzen, Zahnschmerzen und dergleichen zu rechnen. Das Zirkulationssystem geht gegen Ende der Schwangerschaft ebenfalls eine Veränderung ein, insofern, als durch den aufsteigenden Uterus die Herzachse eine Verschiebung nach der Horizontalen hin erfährt, eine Erscheinung, die man früher verkannt und als Erweiterung des Herzens missdeutet hatte. Die Urinmenge vermehrt sich in der Schwangerschaft, das Körpergewicht nimmt zu. Die wichtigste Veränderung aber ist das Ausbleiben der Menstruation. Fälle, in denen die Menstruation regelmässig wiederkehrte trotz Bestehens der Gravidität sind zwar beschrieben worden, doch sind sie alle nicht ganz unzweideutig insofern, als es sich hier nicht um typische menstruale Blutungen, sondern um atypische Blutungen gehandelt haben kann; sicher bewiesen ist das Vorkommen der Menstruation während der Schwangerschaft jedenfalls noch nicht. Dass die Zeit, in welcher die Menstruation während der Schwangerschaft hätte eintreten müssen, für die betreffende Gravida jedesmal eine solche ist, in der sie mehr als sonst vulnerabel ist, erscheint mehr als wahrscheinlich, zumal wenn man den Umstand ins Auge fasst, dass der Eintritt eines

Abortus gar nicht so selten mit einem der erwähnten Termine zusammenfällt.

Wichtiger als diese Veränderungen ist indess der Befund, den die objektive Untersuchung des Genitalkanals ergiebt. Durch die äussere Untersuchung ist zunächst mittelst Palpation festzustellen, dass ein mit dem kleinen Becken im Zusammenhang stehender Tumor im Bauch besteht, sowie, dass dieser Tumor eine ballotirende Leibesfrucht als Inhalt besitzt. In späteren Monaten der Gravidität sind die Kindestheile zu fühlen, ja man kann sogar Bewegungen derselben durch das Gefühl wahrnehmen, und zwar von der zweiten Hälfte der Gravidität an. Durch Auskultation sind sodann die von der 18—20. Woche der Schwangerschaft an hörbaren Herztöne des Kindes zu ermitteln, die eine Frequenz von 120—160 in der Minute haben können. Zuweilen hört man neben den Herztönen ein isochrones Geräusch, das mit der Nabelschnur in Zusammenhang steht, das sogenannte Nabelschnurgeräusch. Häufiger als dieses, ja fast konstant, ist das in den grossen Arterien des Uterus entstehende Uteringeräusch, das zuweilen schon im dritten Monat der Gravidität nachweisbar ist. Die äussere Untersuchung hat sodann noch den Zustand der Milchdrüsen festzustellen, die vom dritten Monat an Sekretion zeigen können; die Warzenhöfe erscheinen sehr bald nach Beginn der Gravidität dunkler pigmentirt. Die innere Untersuchung hat sich zunächst dem Scheideneingang zuzuwenden: die nach Beiseiteziehen der Schamlippen zu Tage tretende Scheidenschleimhaut zeigt ein eigenthümlich violettes, „weinhefenfarbenes" Kolorit und lockere Konsistenz. Der Muttermund, der, bei Erstgebärenden wenigstens, eine rundliche Oeffnung oder einen feinen Querspalt darstellt, ist aufgelockert. Durch kombinirte Untersuchung von der Scheide und den Bauchdecken her wird man nunmehr den Zustand des Uterus festzustellen haben. Ist es zweifelhaft, ob eine Geschwulst im kleinen Becken der Uterus ist oder nicht, so zieht man den an der Portio mit einer Hakenzange gefassten Uterus nach abwärts und versucht dann vom Mastdarm her den Tumor von hinten zu umgreifen oder abzutasten. Der schwangere Uterus zeigt bereits im zweiten Monat eine eigenthümliche Weichheit in seinem Körper, namentlich in der Gegend des inneren Muttermundes, welche deutlich mit der derberen Konsistenz des Zervikaltheiles kontrastirt. Ist die Konsistenz eine derbere, sind insbesondere knollige Hervorragungen zu fühlen, dann wird es sich nicht um Schwangerschaft, sondern um Geschwülste handeln, eventuell natürlich auch um beides. Hämatometra lässt ebenfalls die eigenthümliche Weichheit des graviden Uterus vermissen; das Organ pflegt bei Vorliegen einer derartigen Abnormität rundlich prall gespannt zu sein, die Cervix ist verstrichen. Das wichtigste Kriterium, ob eine Gravidität vorliegt, bildet endlich die Beobachtung des Uterus; ergiebt nämlich die erneute Untersuchung nach einigen Wochen, dass der Inhalt sich schnell vergrössert hat, so wird man an dem Bestehen einer Schwangerschaft nicht mehr zweifeln können.

Es erscheint daher geboten, in irgendwie zweifelhaften Fällen nach 3—4 Wochen eine erneute Untersuchung anzustellen und sich bis dahin das definitive Gutachten vorzubehalten.

Für die Unterscheidung, ob es sich um eine erstmalige oder um eine wiederholte Gravidität handelt, mögen folgende Anhaltspunkte dienen. Bei erstmaligen Graviditäten pflegen Bauchdecken wie Uterus am Ende der Schwangerschaft eigenthümlich prall und unnachgiebig zu sein, die Striae sind sämmtlich frisch, d. h. in den tieferen Schichten der Haut haben jene eigenthümlichen, in der Regel mit der Längsachse des Körpers parallelen oder noch besser zur Spaltbarkeitsrichtung der Haut senkrechten Zusammenhangstrennungen stattgefunden, welche die intakte Epidermis überbrückt. Die Farbe der frischen Striae ist eine eigenthümlich blass-violette; sie erscheinen glänzend. Der Hymen zeigt noch überall seine ursprünglichen Bestandtheile; er findet sich rings um den Scheideneingang gelappt vor. Die Portio ist gegen das Ende der Gravidität für die Fingerkuppe gut passirbar; der Muttermund bildet einen geschlossenen Kreis ohne irgendwelche Einkerbungen, die auf narbige Prozesse hindeuten. Gegen Ende der Gravidität verstreicht die vordere Muttermundlippe, der Zervikalkanal behält aber seine natürliche Länge bei; schliesslich tritt bei erstmaliger Schwangerschaft gegen deren Ende der Kopf ins Becken ein.

Dem gegenüber finden sich bei wiederholten Schwangerschaften Haut und Uterus eigenthümlich schlaff, neben den frischen Striae sind alte vorhanden, die des sehnigen Glanzes entbehren und fein quergerippt erscheinen können. Die Brüste sind schlaffer als bei Erstgeschwängerten; der Hymen zeigt nicht mehr die Lappung, sondern es bestehen von ihm nur noch warzenförmige Reste, die sogenannten, bereits erwähnten Carunculae myrtiformes; die Scheide ist weit und ohne Runzeln, die sie bei der ersten Schwangerschaft noch zeigt, die Portio stellt keinen rundlichen Zapfen dar, sondern ist lappenförmig. Das wichtigste Kriterium einer wiederholten Schwangerschaft ist aber der Befund von Narben und Kontinuitätstrennungen an dem Muttermund. Endlich öffnet sich der Muttermund gegen Ende der Gravidität, der Kopf hingegen tritt nicht wie bei erstmaliger Gravidität ins Becken ein, sondern ballotirt über dem Beckeneingang.

Dies sind die Verhältnisse, wie sie sich bei normalen Schwangerschaften an gesunden Frauen darstellen. Selbstverständlich sind mancherlei Variationen möglich; so können Striae auch bei zunehmender Adiposität entstehen, ferner bei Ascites; der Hymen kann durch geschwürige Prozesse am Genitale ganz oder theilweise zerstört sein, enges Becken kann den Eintritt des Kopfes in das Becken verhindern; Uterusgeschwülste können, auch ohne dass eine Gravidität bestände, zur Laktation Veranlassung geben.

Eine Gravidität kann, wie die gerichtsärztliche Erfahrung lehrt, sowohl verkannt, als auch eingebildet sein. Die Möglichkeit

einer Verkennung der Gravidität ist besonders zu erwägen, wenn es sich um die Frage handelt, ob eine Mutter dadurch, dass sie für die Geburt absolut keine Vorkehrungen traf, sich einer strafbaren Nachlässigkeit schuldig machte. In Frage kommen würden hier natürlich nur zum ersten Mal gravide Personen. Die Angabe, die Betreffende hätte nicht gewusst, dass sie schwanger sei, ist natürlich mit grosser Skepsis aufzunehmen, denn eine Frau, die sich der Gefahr des Eintrittes einer Gravidität aussetzt, muss auch die eintretenden Veränderungen ihres Gesammtorganismus richtig zu deuten wissen, und die Kenntniss dieser Veränderungen ist eine so weit verbreitete, dass ein Mangel derselben nur unter ganz besonderen Umständen glaubhaft erscheint. Ein solcher Umstand würde beispielsweise vorhanden sein, wenn die betreffende Person ärztliche Hilfe nachgesucht hat, und das Bestehen einer Schwangerschaft von dem konsultirten Arzt negirt worden ist, oder, wenn die Schwängerung in bewusstlosem Zustande erfolgte. Die Reihe der Möglichkeiten ist hiermit vielleicht noch nicht abgeschlossen, jedenfalls aber ist der Angabe einer Mutter, sie habe ihre Schwangerschaft verkannt, nicht ohne Weiteres Glauben beizumessen.

Gerichtsärztliche Bedeutung hat auch die Einbildung einer Gravidität in ganz besonderem Masse; bei derartigen Fällen ist meist eine Vermehrung des Panniculus sowie ein Stärkerwerden des Leibes auf Grund starken Meteorismus eingetreten; die Betreffenden glauben auch oft, Kindesbewegungen zu fühlen. Daneben finden sich an objektiven Kennzeichen dunklere Pigmentirungen der Warzenhöfe; auch kann Sekretion aus den Milchdrüsen bestehen. Die Untersuchung solcher Fälle ist nicht immer ganz leicht; in zweifelhaften Fällen empfiehlt es sich, mit Zustimmung der betreffenden Person eine Untersuchung in Narkose vorzunehmen. Gerichtsärztlich kann eine Feststellung dieser allerdings seltenen Abnormität namentlich im Zivilprozess erforderlich sein, wenn es sich z. B. um die Geburt eines Erben oder Miterben bei Ersatzansprüchen u. s. w. handelt.

Als **Dauer der Gravidität** nimmt das B.G.B. 302 Tage an; es rechnet die Empfängnisszeit vom 181.—302. Tage mit Einschluss beider vor dem Tage der Geburt des Kindes und lässt sogar noch die Möglichkeit einer Spätgeburt offen, verlangt hierüber allerdings eine „Feststellung". Die gerichtliche Medizin kann diese gesetzliche Festlegung der Möglichkeit von Spätgeburten nur mit Freude begrüssen. Betreffs der Diagnose der Dauer einer Gravidität gelten folgende Erfahrungssätze: Der Uterus nimmt bereits im 1. Monat an Grösse zu, die Portio ist etwas aufgelockert, im 2. Monat hat er die Grösse einer Orange, im 3. Monat ist er nahezu kindeskopfgross, im 4. Monat tritt der Fundus aus dem kleinen Becken heraus, man kann ein Ballottement der Frucht nachweisen, an den Seiten des Uterus ist bereits das Uteringeräusch zu hören. Am Ende des 5. Monats steht der Uterus in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, Kindesbewegungen sind wahrnehmbar, subjek-

tiv wie objektiv; die Auskultation ergiebt kindliche Herztöne. Am Ende des 6. Monats hat der Fundus uteri den Nabel erreicht, im 7. Monat steht er 2—3 Finger oberhalb vom Nabel, der jetzt verstrichen ist. Bei Erstgeschwängerten ist der Muttermund geschlossen, bei Mehrgeschwängerten ist der Zervikalkanal eröffnet, der Kopf ist bereits bei Erstgeschwängerten in das Becken eingetreten. Im 8. Monat steht der Fundus uteri in der Mitte zwischen Nabel und Herzgrube, im 9. erreicht er den Rippenbogenrand und langt dadurch an seinem höchsten Standpunkte an. Bei Erstgeschwängerten wird nunmehr der Zervikalkanal zugänglich, bei Mehrgeschwängerten ist zuweilen der innere Muttermund bereits geöffnet. Im 10. Schwangerschaftsmonat hat sich der Uterus nach vorn gesenkt und der Fundus steht ungefähr ebenso hoch wie im 8. Monat, doch ist zum Unterschied von letzterem der Umfang des Leibes ein stärkerer geworden.

Den Veränderungen des Uterus entsprechen die folgenden Wachsthumsveränderungen der Leibesfrucht: Während des 1. Monats erreicht dieselbe eine Länge von annähernd 1 cm, gegen Ende des Monats ist das Auge und die erste Anlage der Extremitäten vorhanden, die Nackenkrümmung ist ausgebildet; die vier Gaumenbögen sind sichtbar. Im 2. Monat kann der Fötus eine Länge von annähernd 4 cm erreichen; Hände und Füsse sind angedeutet, die Nase hebt sich ab, der Kopf ist noch grösser als der Rumpf. Im 3. Monat erreicht der Fötus eine Länge von 9 cm, in den meisten Knochen haben sich Ossifikationspunkte gebildet, die Differenzirung der äusseren Genitalien beginnt. Im 4. Monat erreicht der Fötus eine Länge von 16 und im 5. Monat eine solche von 25 cm; die Kopfhaare treten auf und Wollhaar zeigt sich am ganzen Körper. Die Länge des Fötus beträgt im 6. Monat annähernd 30 cm, die Haut ist runzlig, die Fettablagerung im Unterhautzellgewebe beginnt. Im 7. Monat ist der Fötus etwa 35 cm lang, die Augenlider sind getrennt; im 8. Monat wird er 40 cm lang, die Pupillarmembran schwindet, die Haut ist noch gefaltet und schlaff. Im 9. Monat beträgt die Länge 45 cm und im 10. Monat am Ende der Gravidität 50 cm.

Diese 10 Lunarmonate entsprechen einem Zeitraum von $10 \times 28 = 280$ Tagen, also annähernd 9 bürgerlichen Monaten, wenn man 4 Monate zu 30 und 5 zu 31 Tagen rechnet. Das B. G. B. lässt als **Empfängnisszeit** die Periode vom Ende des 6. Monats (181. Tag) bis zum Ende des 10. Monats (302. Tag), beide zu 30 Tagen gerechnet, gelten. Es hat mit Rücksicht auf die Ehre der Frau, die Lage des Kindes und die Ruhe der Familie, der Empfängnisszeit einen absoluten Charakter gegeben und diese dadurch als Massstab für die Beurtheilung des Fruchtalters der gerichtsärztlichen Begutachtung im Allgemeinen entzogen; denn sowohl bei abnorm kurzer wie abnorm langer Schwangerschaftsdauer gelten die Geburten als ehelich. Für die rechtliche Stellung der unehelichen Kinder ist es ebenfalls von ausserordentlicher Wichtigkeit, dass der 181.—302. Tag auch für sie als Empfängnisszeit gilt, es sei denn, dass ein Anderer

der Mutter innerhalb der Empfängnisszeit beigewohnt hat. Der gerichtsärztlichen Begutachtung unterliegen jedoch solche Fälle, in denen es sich nach dem Reifezustand des Kindes um eine „offenbare" Unmöglichkeit handelt, dass die Frau das Kind von dem Manne empfangen haben konnte, z. B. wenn der Beischlaf im Anfang des 7. Monats vor der Geburt stattgefunden hat und ein mehr wie 50 cm langes reifes Kind geboren wird. Auch bei der Möglichkeit einer Spätgeburt wird die Mitwirkung des Gerichtsarztes erforderlich sein, wenn die Empfängnisszeit weiter als 302 Tage vor dem Tage der Geburt zurückliegt. Es sind zwar Fälle bekannt, bei denen spätgeborene Kinder klein gewesen sein sollen, wie Schröder in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe anführt, im Allgemeinen wird aber die Wahrscheinlichkeit, dass besonders grosse und schwere, das Gewicht von 3000 g und die Länge von 50 cm erheblich überschreitende Kinder spät geboren sind, eine grosse sein, und um so grösser, wenn mit dem objektiven Befunde betreffs der Länge und des Gewichts des Kindes die Rechnung bezüglich der letzten Menstruation übereinstimmt. Besonders häufig scheinen übrigens Spätgeburten bei Anenzephalen einzutreten.

Die Frage, ob **mehrfache Gravidität** vorhanden sei, ist gerichtsärztlich wiederholt Gegenstand der Erörterung gewesen. Für eine solche sprechen: die grössere Ausdehnung des Leibes, der Nachweis von mehr wie zwei grösseren Kindstheilen bei der Palpation oder von zwei Zentren kindlicher Herztöne bei der Auskultation; als sicherstes Kriterium bezeichnet endlich Ahlfeld, dass die Entfernung von dem vorliegenden Kindstheil nach dem am meisten im Fundus entfernt liegenden mehr wie 30 cm beträgt, eine Messung, die man mit dem Tasterzirkel anstellen kann.

Ueberschwängerung (Superfoecundatio) wird die Befruchtung mehrerer aus derselben Ovulationsperiode stammender Eier durch verschiedene Begattungsakte genannt. Dass derartige Ueberschwängerungen möglich sind, muss zugegeben werden, zumal wenn man Beobachtungen in der Thierwelt berücksichtigt, wo sich sicher Befruchtungen mehrerer, aus derselben Ovulationsperiode stammender Eier durch verschiedene Begattungsakte nachweisen lassen. Anders ist es mit der Superfoetatio, der Ueberfruchtung, bei der mehrere, aber aus verschiedenen Ovulationsperioden stammende Eier befruchtet werden. Der Nachweis derselben aus dem Vorhandensein eines ausgetragenen Zwillings neben einem mazerirten Embryo oder einem Fötus papyraceus ist absolut nicht stichhaltig, da der ausgetragene und gut genährte Zwilling den nicht zur Entwicklung gelangten durch sein Wachsthum zum Absterben gebracht haben kann, auch wenn er aus derselben Ovulationsperiode stammte. Indessen ist die Möglichkeit, dass im ersten oder zweiten Monat der Gravidität auch noch ein Ei in den Uterus hineingelangt und befruchtet sein kann, nicht so ganz von der Hand zu weisen. Vom dritten Monat an ist diese Möglichkeit aber ausgeschlossen, da die Passage durch den Uterus alsdann völlig verlegt ist. Anders liegen die Verhältnisse da-

gegen beim Uterus bicornis; hier kann thatsächlich in dem nicht graviden Uterus jederzeit eine erneute Gravidität eintreten, wenn man das Bestehen einer Ovulation während der Gravidität überhaupt zugiebt.

3. Unterbrechung der Schwangerschaft; kriminelle Fruchtabtreibung.

Gesetzliche Bestimmungen. Das St.G.B. bestimmt:

§ 218. Eine Schwangere, welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleibe tödtet, wird mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren bestraft; sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter 6 Monaten ein.

Dieselben Strafvorschriften finden auf denjenigen Anwendung, welcher mit Einwilligung der Schwangeren die Mittel zu der Abtreibung oder Tödtung bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

§ 219. Mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren wird bestraft, wer einer Schwangeren, welche ihre Frucht abgetrieben oder getödtet hat, gegen Entgelt die Mittel hierzu verschafft, bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

§ 220. Wer die Leibesfrucht einer Schwangeren ohne deren Wissen oder Willen vorsätzlich abtreibt oder tödtet, wird mit Zuchthaus nicht unter 2 Jahren bestraft.

Ist durch die Handlung der Tod der Schwangeren verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter 10 Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein.

Unter Frucht im Sinne des § 218 ist jede in Entwicklung begriffene, noch nicht abgestorbene Leibesfrucht zu verstehen; der Thatbestand der vollendeten vorsätzlichen Fruchtabtreibung liegt also vor, wenn der Vorsatz auf Tödtung der Frucht im Mutterleibe oder auf Tödtung durch Bewirkung vorzeitigen Abganges gerichtet gewesen, und der Tod der Frucht oder des Kindes in Folge des vorzeitig bewirkten Abganges eingetreten ist (Urth. d. R.-G. vom 9. Juli 1881). War die Frucht dagegen abgestorben, so handelt es sich nur um Versuch der Fruchtabtreibung, der ebenfalls mit Strafe bedroht ist. Ein solcher Versuch besteht auch, wenn die Abtreibung bewirkt, das Kind aber am Leben geblieben ist, oder wenn der Thäter zwar den Erfolg beabsichtigt, sich aber untauglicher Mittel bedient hat. Desgleichen begeht eine Nichtschwangere, die sich für schwanger hält und ein Mittel in der Absicht einnimmt oder bei sich anwenden lässt, um ihre vorgebliche Leibesfrucht abzutreiben oder zu tödten, einen strafbaren Versuch (Urtheil des R.-G. vom 24. Mai und 10. Juni 1880, sowie vom 30. März 1883).

Die Unterbrechungen der Schwangerschaft ohne verbrecherische Veranlassung haben, abgesehen von der durch ärztliche Massnahmen in die Wege geleiteten künstlichen Frühgeburt, verschiedenartige Ursachen. Zu diesen gehören sowohl Missbildungen des Fötus, welche die

Zirkulation oder sonstige lebenswichtige Prozesse bei demselben nicht zu Stande kommen lassen, als Missbildungen der Eihäute, welche die Ernährung des Fötus verhindern, wie die als Traubenmole bekannte myxomatöse Entartung der Chorionzotten. Endometritis, die Blutungen zwischen Uterus und Eihäute hervorruft, kann gleichfalls Ursache eines Abortus sein. Ebenso müssen Fall oder Sturz, Verheben, sowie heftige Anstrengungen wie Husten, Niesen und dergleichen durchaus als geeignet angesehen werden, um unter Umständen einen Abortus zu bewirken. Auch konstitutionelle Erkrankungen der Mutter oder des Vaters können einen Abortus veranlassen, z. B. Syphilis, ferner Anämie oder nervöse Leiden der Mutter. Dieselbe deletäre Rolle für den Fötus spielen hochfieberhafte Erkrankungen der letzteren. Die Frage, ob in chronischen oder konstitutionellen Leiden, die habituellen Abortus zur Folge haben, nicht eine persönliche Eigenschaft des andern Ehegatten liegt, die den Ehegatten bei Kenntniss der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung derselben abgehalten haben würde, dürfte zu bejahen sein.

Ein sehr grosser Theil der Schwangerschaftsunterbrechungen stellt sich als **kriminelle Fruchtabtreibung** dar. Die hierzu benutzten Mittel sind theils innerliche, theils äussere (mechanische).

Von den **inneren Abtreibungsmitteln**[1]) kommen von anorganischen Stoffen besonders in Betracht: Schwefelsäure, Salzsäure, Salpetersäure, Phosphor, Arsen, Antimon, Kreide, Kalilauge, Seife, Silbernitrat, Quecksilber, Blei, Kalium-Permanganat und Eisenpräparate.

Schwefelsäure ist innerlich mehrfach als Abortivum angewendet; ihre abortive Wirkung ist eine unsichere. In einem Falle ist auch Injektion von Schwefelsäure in die Scheide versucht, um den Abortus herbeizuführen; der Effekt bestand jedoch nur in einer schweren Narbenkontraktion. Einen gleichen Effekt hatten in einem anderen Falle Injektionen von Salzsäure in die Scheide. Salpetersäure kann bei innerlicher Darreichung in wiederholten kleinen Gaben Abortus hervorrufen.

Phosphor ist als Abtreibungsmittel schon sehr lange bekannt und dürfte in geeigneter Weise dem Organismus einverleibt, vielleicht ein wirkliches Abortivum darstellen, das keine dauernden Schädigungen der Gesundheit zurücklässt. Er bewirkt u. A. Blutungen zwischen Eihäute und Uterus, die das nunmehr wie ein Fremdkörper im Uterus befindliche Ei zur Ausstossung bringen. Ist die einverleibte Phosphormenge eine zu grosse, so wird in Folge der mittlerweile gleichfalls eingetretenen parenchymatösen Entzündungen von Leber und Nieren der Tod der Mutter vor oder nach dem Abortus eintreten. Neuere Beobachtungen in Schweden lassen es wahrscheinlich erscheinen, dass

[1]) Siehe L. Lewin und M. Brenning: Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel. Berlin 1899, Hirschwald.

bei nicht sehr hoher, aber zuweilen erneuerter Phosphordarreichung eine reine abortive Wirkung ohne schwere Erkrankung der Mutter erfolgen kann. Die Zahl der zur Beobachtung gekommenen Fälle entspricht selbstverständlich nicht im Geringsten der Zahl derjenigen, die überhaupt Phosphor als Abortivum zur Anwendung gezogen haben; denn gerade nur die schweren Fälle gelangen zur Kenntniss der Aerzte und der Krankenhäuser, während sich die leichten vollkommen der Beobachtung entziehen.

Arsenige Säure kann, innerlich genommen, Abortus hervorrufen, nicht selten allerdings mit tödtlichem Erfolg für die Mutter. Desgleichen sind Fälle bekannt, in denen zu abortiven Zwecken Arsenik in die Scheide eingeführt wurde; auch hier trat Abortus ein, die Mütter aber erlagen der Vergiftung.

Antimon ruft bekanntlich starken Brechreiz hervor und lässt auf diese Art Blutungen zwischen Uterus und Eihäute zu Stande kommen, die zum Abortus führen können.

Die in vielen Gegenden als Abtreibungsmittel benutzte Kreide ist wirkungslos; Seife wird abortive Wirkungen um so eher ergeben, je mehr freies Alkali sie enthält, weil sie dann Erbrechen und Durchfall hervorruft.

Silbernitrat, in Stäbchenform in den Muttermund bis über den inneren Muttermund hinaus gebracht, hat abortiven Effekt zur Folge gehabt, der aber nicht sowohl der giftigen Wirkung des Mittels, als der Art seiner Einverleibung zuzuschreiben ist.

Quecksilber wird in Form der grauen Salbe innerlich in Dosen von 3 bis 9 Gr. genommen oder noch mit grüner Seife verrieben als Abortivum benutzt, zuweilen mit dem gewollten Erfolge. Ob die antisyphilitische Quecksilberbehandlung Abortus verursacht, oder ob dieser auf die Syphilis zurückzuführen ist, muss dahin gestellt bleiben. Sublimat, als Abortivum innerlich genommen, hatte in einem Falle den Tod der Mutter zur Folge. Quecksilbernitrat, in die Vagina injizirt, bewirkte eine starke Verätzung, ohne dass Abort eintrat.

Bleiverbindungen kommen als Abortiva selten zur Anwendung; Bleiweiss und Bleiglätte sind als solche benutzt, in der Regel aber mit tödtlichem Erfolge für die Mutter. Interessant sind neuere Beobachtungen über die chronische Einverleibung von Blei, die Sander und Paul gemacht haben. Paul insbesondere beobachtete, dass bei den an Bleikolik leidenden Arbeiterinnen sehr häufig profuse Blutungen auftraten, dass Fehlgeburten im 3.—6. Monat erfolgten oder Frühgeburten mit todten oder sterbenden Kindern eintraten, sowie dass lebend geborene Kinder sehr oft in den ersten 3 Jahren unter Symptomen sterben, die an eine chronische Bleivergiftung denken liessen.

Kaliumpermanganat scheint in geringer Dosis (0,12 g mehrmals) Abortus ohne schädlichen Effekt für die Mutter hervorrufen zu können. Eisen ist auch in den Ruf eines Abortivums gelangt, da seine Oxydul- und Oxydverbindungen Gastroenteritis und späterhin Abortus verursachen können; an-

derseits ist zu berücksichtigen, dass es die bei chlorotischen Mädchen häufig bestehende Amenorrhoe beseitigt und so den Anschein eines Abortivums erhält.

Von organischen Stoffen kommen als Abortiva folgende in Betracht: Schwefelkohlenstoff, Oxalsäure, Salizylsäure, Nitrobenzol und Petroleum.

Es ist bekannt, dass die Arbeiterinnen in Gummifabriken häufig abortiren oder an Menstruationsstörungen leiden und in Folge dessen meist nicht oder nicht normal gebären, Wirkungen, die auf den Einfluss von Schwefelkohlenstoff zurückgeführt werden.

Die Oxalsäure wirkt ätzend auf den Magen, ruft im Uterus Blutungen hervor und entzieht dem Blute Alkali; ihre abortive Wirkung ist wegen ihrer starken Giftigkeit für die Mutter eine unsichere; das Gift geht auf den Fötus über.

Salizylsäure kann Uterusblutungen und dadurch Abortus herbeiführen. Nitrobenzol kann abortirend wirken, auch ohne dass der Tod der Mutter einzutreten braucht. In einem Falle wurde z. B. angeblich ein Esslöffel des Giftes genommen; es erfolgte Heilung, der Abortus trat ein. Auch nach dem Einnehmen von Petroleum ist Abortus beobachtet.

Von pfanzlichen Produkten kommt für den Menschen als Abortivmittel zunächst Secale cornutum (Mutterkorn) in Betracht. Dieser Stoff ist seit Jahrhunderten als Abortivum bekannt; der abortive Effekt wird nicht nur absichtlich, sondern auch unabsichtlich, z. B. durch Genuss von Brod, das mit Mutterkorn verunreinigt ist, bewirkt. Das Mittel ruft Uterus-Kontraktionus hervor, und zwar wirkt von den in ihm enthaltenen Stoffen die Sphazelinsäure energischer als das Kornutin, Chrysotoxin energischer als jene und Secalotoxin noch stärker. L. Lewin und Brenning theilen einen sehr interessanten, von Pouchet[1]) beobachteten Fall mit, in dem eine Person nicht weniger als 6mal durch einen Secale-Aufguss abortirte, nach dem 6. Mal trat aber unter den Erscheinungen des Ergotismus gangraenosus der Tod ein. Die Darreichung des Secale muss, wenn es den gewünschten Effekt erzielen soll, häufig in ausserordentlich hohen Dosen (bis 10 g auf einmal) erfolgen; in 80 Fällen, bei denen es zur Hervorrufung der künstlichen Frühgeburt gegeben wurde, traten 62 mal Wehen ein. Seine üblen Wirkungen äussern sich in dem akut oder chronisch auftretenden Ergotismus; die akute Form ist charakterisirt durch Magendarmerscheinungen, die chronische (Kriebelkrankheit) durch Lähmungen mit Parästhesien, Kontrakturen und anderen nervösen Störungen (E. convulsivus) oder durch Gangrän der Extremitäten (E. gangraenosus). Der Nachweis des Secale erfolgt einmal durch Extraktion der Leichentheile oder des Inhalts des Magendarmkanals mittelst angesäuerten Alkohols; die entstandene rothe Lösung giebt spektroskopisch zwei Absorptionsbänder in Grün und Blau. Zusatz von Alkali bewirkt einen

[1]) L. c., S. 208.

Umschlag der Farbe in Violett und zwei Absorptionsstreifen in Grün. Man kann auch den sauren alkoholischen Extrakt durch Aether ausschütteln und dann den Farbstoff, das Sklererythrin, nach Verdunsten des Aethers in Fliesspapier auffangen; es entsteht ein orangefarbenes Reagenzpapier, das durch Alkali violett gefärbt wird. War das Reagenzpapier mit Ammoniak durchtränkt und erfolgt nunmehr das Verdunsten des Aethers, so erhält man ein violettes Reagenzpapier, das durch Säure orange wird. Eine andere Methode des Nachweises des Secale besteht darin, dass man die zu untersuchende Substanz mit Kalilauge behandelt und das betreffende Gefäss verschliesst; nach einigem Mazeriren hat sich bei Anwesenheit von Secale das ohne weiteres wahrnehmbare, intensiv nach Heringslake riechende Trimethylamin gebildet. Auch mikroskopisch lässt sich Secale nachweisen an seinen eng an einander gelagerten, polygonalen fetthaltigen Zellen, deren Fett sich durch Aether extrahiren lässt.

Taxus baccata, die Eibe, ist ein sehr unsicheres Abtreibemittel, wirkt jedoch in der Regel wenigstens gesundheitsschädigend, auch wenn Abortus nicht erfolgt. Zur Anwendung gelangen stets Abkochungen von Zweigen und Blättern der Pflanze.

Der Lebensbaum (Thuja occidentalis) besitzt ein ätherisches Oel, das Thujaöl, das Magendarmerscheinungen und Blutungen in die Eihäute hervorrufen kann; es findet sich besonders in seinen Zweigspitzen und ist gebunden an die Existenz der sogenannten Oeldrüsen an der Rückseite der Blätter. Zur Anwendung gelangen demgemäss Aufgüsse oder Abkochungen von Thujazweigen. Ebenso wie Thuja occidentalis wirkt auch Thuja orientalis. Das Mittel muss als ein wirksames Abortivum bezeichnet werden, wenngleich seine Anwendung wegen der schweren Gastroenteritis und Nephritis keinesfalls unbedenklich ist.

Juniperus Sabina, der Sadebaum, enthält ebenfalls in den Spitzen der Zweige ein an die Oeldrüsen gebundenes ätherisches Oel. Aufgüsse oder Abkochungen von Sadebaumspitzen (etwa 50—70 g) sind wirksam. Auch das Oleum Sabinae ist als ein wirksames Abtreibemittel anzusehen; die Abtreibung erfolgt meistens, wenn auch nicht in allen Fällen, vorausgesetzt, dass es aus frischer Droge hergestellt, und das ätherische Oel nicht durch Verdunstung verloren gegangen ist. Die Symptome einer Sabinavergiftung bestehen in Krämpfen, Magen- und Darmerscheinungen. Bei der Sektion ist neben dem Magendarmkatarrh charakteristisch die Grünfärbung des Mageninhalts. Juniperus communis, der Wacholder, dürfte kaum abortive Wirkungen besitzen, ebensowenig das aus demselben dargestellte Wacholderöl, eher noch Juniperus virginiana, insbesondere das Oel der Pflanze, das sogenannte rothe Cedernöl.

Bernsteinöl (Oleum succini) gilt in Ostpreussen als ein sicheres Abortivum; ein Esslöffel Bernsteinöl veranlasste am 13. Tage einen Zwillingsabort.

Safran (Crocus sativus) ist ein keinesfalls unschädliches Mittel, sondern sehr wohl im Stande, Abortus hervorzurufen. Seine Wirkung ähnelt ausserordentlich der des Phosphors. Auch Hopfen wird zur Fruchtabtreibung zuweilen benutzt, doch fehlen hierüber sichere Berichte.

Die Haselwurz (Asarum europaeum) ist ein noch heute in Tirol übliches Abtreibungsmittel; den wirksamen Stoff enthält die Wurzel. Die Muskatnuss, (Myristica fragrans) kann nicht als Abtreibemittel gelten; wirksamer scheint dagegen die Pfingstrose (Paeonia officinalis) zu sein, deren Blüthe im Dekokt gebraucht wird.

Helleborus niger, schwarzer Niesswurz, stand früher in dem Ruf, ein gutes Mittel zur Hervorrufung der Menstruation zu sein, namentlich sollte die Wurzel eine wirksame Substanz enthalten.

Die Raute (Ruta graveolens) besitzt in ihren Blättern einen Saft, der als Abortivmittel dient, ausserdem werden Dekokte der Blätter zu diesem Zweck angewendet. Ihre Wirkung ist häufig die gewollte, namentlich bei Wiederholung der Dosis. Die Erscheinungen bestehen in Gastroenteritis und Uterusblutungen.

Ein wirksames Abtreibungsmittel soll auch der Baumwollenstrauch (Gossypium herbaceum) sein; man nimmt ein Dekokt von 60 g der Wurzel auf zwei Liter Wasser, das auf $^1/_2$ Liter reduzirt wird.

Die Aloë, bekannt durch ihre drastische Wirkung, kann neben einer Nierenreizung auch Abortus hervorrufen, namentlich in den ersten Monaten der Gravidität. Dasselbe gilt betreffs der Jalape (Ipomoea purga).

Gutti bewirkt ebenfalls Blutungen in die Eihäute und Magendarmkatarrh. Manna ist dagegen ein sehr schwaches Abtreibungsmittel; bisher ist nur ein Fall beobachtet, in dem durch diesen Stoff Abortus hervorgerufen ist.

Tanacetum vulgare, der Rainfarn, eine bei uns als Unkraut häufig vorkommende Pflanze, bekannt durch ihre hohen Stauden mit gelben Blüthen, wird in manchen Gegenden häufig zu Abtreibungszwecken benutzt, namentlich findet das ätherische Rainfarnöl zu abortiven Zwecken Verwendung. Auch Wurmfarn (Polistichum filix mas) kann abortiv wirken.

Pilocarpin, das Alkaloid der Folia Jaborandi, ist ein Wehen erregendes Mittel, das nach kurzer Zeit Frühgeburt zu erzielen vermag und auch bei Wehenschwäche mit Erfolg Anwendung findet.

Strychnin kann auch arbortirend wirken, indem während der Konvulsionen Blutungen in die Eihäute auftreten oder direkt Uteruskontraktionen entstehen. Nicotiana Tabacum wirkt abortirend durch Erregung des Zentralapparates für den Uterus. Arbeiterinnen in Tabakfabriken sollen zu Abortus tendiren; es wird sogar behauptet, dass ledige Schwangere die Arbeit in Tabakfabriken wegen der vielen Abortfälle daselbst aufsuchen. Digitalis wirkt abortirend durch Erregung von Muskelkontraktionen des Uterus.

Nach den Untersuchungen von Lewin ist es wahrscheinlich, dass auch Chinin Abortus erregen kann; thatsächlich wird es zur Austreibung der Placenta mit Erfolg gegeben und von manchen Seiten in grossen Dosen als Mittel zur Erregung der künstlichen Frühgeburt benutzt.

Kaffee und Kaffeebohnen gelten als ein gutes Volksmittel zur Fruchtabtreibung; selbstverständlich kommen nur starke Kaffeeaufgüsse für die Erreichung des Zweckes in Frage.

Die bekanntlich ein thierisches Gift darstellenden Kantharіden, welche zum Abortus, aber auch zu schwerer tödtlicher Nephritis führen können, wirken ähnlich wie die Sabina.

Betreffs der Wirkung dieser verschiedenen Abtreibungsmittel lassen sich 3 Gruppen unterscheiden: 1. solche, die wie Secale, direkt wehenerregend wirken; 2. solche, die vorwiegend die Darmperistaltik anregen und sekundär zu Uteruskontraktionen und zur Ausstossung des Fötus führen, z. B. Aloe, Sabina, sowie 3. solche, die im Allgemeinen den Stoffwechsel und dadurch die Ernährung des mütterlichen wie des kindlichen Organismus stören, und so zum Tode der Leibesfrucht und zu deren Ausstossung aus dem Uterus führen. Dahin gehören zunächst diejenigen Mittel, die Blutungen zwischen Uterus und Eihäute bewirken, wie z. B. Phosphor oder andere, die direkt die Ernährung des Fötus herabsetzen, z. B. Blei. Es leuchtet auch von vorn herein ein, dass nicht nur die angeführten Stoffe, sondern auch schliesslich überhaupt jedes Mittel, das die Mutter schädigt, auch die Ernährung des Fötus herabsetzen und zum Abortus führen muss. Die Reihe der durch Stoffwechselirritation wirkenden Abortiva ist demnach eine sehr grosse; die Zahl der zur Kenntniss der Gerichtsärzte gekommenen Mittel dieser Art entspricht absolut nicht der Zahl der wirklich benutzten.

Die **mechanischen Abtreibungsmittel** sind zunächst solche, die in höchst brüsker Weise durch ein Trauma des Gesammtorganismus eine Unterbrechung der Schwangerschaft erzielen wollen; hierher gehören: Sturz von mehr oder weniger erheblicher Höhe, der in der Regel Verletzungen der Extremitäten, dagegen selten den erhofften Erfolg hat. Auch Schläge auf den Bauch sind zu abortiven Zwecken gelegentlich angewendet worden. Diesen äusserst rohen Mitteln stehen andere zweckmässigere gegenüber, die aber im Wesentlichen auch eine stumpfe auf das Abdomen ausgeübte Gewalt repräsentiren; z. B. die Bauchmassage, die in gehöriger Weise häufig und energisch angewendet sehr wohl im Stande ist, den Eintritt eines Abortus zu produziren. Forzirte Kohabitation gehört ebenfalls hierher; ihre Anwendung wird nicht selten zur Hervorrufung eines Abortus versucht.

Die grosse Menge der übrigen, durch mechanische Einwirkung einen Abortus hervorrufenden Manipulationen entspricht mehr oder weniger den auch von der Geburtshilfe anerkannten Methoden zur Erzielung der künstlichen Frühgeburt. Zunächst kommt in Betracht, der Eihautstich. Mit einem zweckmässig geformten Instrument wird nach Passirung des Zervikal-

kanals der untere Eipol durchbohrt, das Fruchtwasser fliesst dann ab, und der eines Theiles seines Inhalts beraubte Uterus wird zu Wehen angeregt; die Zeit, innerhalb welcher der Abortus nach dem Eihautstich erfolgt, schwankt von wenigen Stunden bis zu 8 Tagen. Häufig ereignet es sich bei dieser Manipulation, dass der der Anatomie unkundige Abtreiber nicht den unteren Eipol, sondern eines der Scheidengewebe oder den Uterus durchbohrt und so eine Peritonitis oder Parametritis hervorruft.

Mehr bevorzugt von Abtreibern wird deshalb heutzutage die Methode der Injektionen in die Scheide oder in den Uterus. Einspritzungen in die Scheide vermögen an sich einen Abort nicht hervorzurufen, es sei denn, dass ein Abort bereits im Anzuge ist und nunmehr durch heisse Scheidenirrigationen zum Vollzug gelangt. Dagegen kann sehr wohl eine Scheidenirrigation abortirend wirken, wenn der Flüssigkeitsstrahl mit grosser Kraft gerade gegen den äusseren Muttermund andrängt und den Zervikalkanal passirend bis in die Uterushöhle gelangt. Instrumente, die douchenartig die Portio berieseln, sind im Allgemeinen nicht zur Erreichung des Abortus geeignet, weil der Flüssigkeitsdruck sich auf viele Oeffnungen des Ausspülungsrohres vertheilt; wird dagegen der Flüssigkeitsstrahl aus einer einzigen kleinen Oeffnung unter hohem Druck gegen den Muttermund geleitet, so ist der beabsichtigte Erfolg sehr wohl denkbar. Gewöhnlich werden auch die Injektionen in der Weise gemacht, dass nicht mit einem Irrigator, sondern mit einem zinnernen, klystierspritzenartig gebauten Instrument mit einem langen Ansatzstück der äussere Muttermund aufgesucht wird, worauf dann unter hohem Druck manuell Flüssigkeit in den Zervikalkanal hineingepresst wird. Zur Injektion gelangen meist Wasser oder Seifenlösungen; die betreffenden Schwangeren werden zwischen zwei Stühle gesetzt, sodass ihre Oberschenkel sich spreitzen, der Abtreiber kniet vor ihnen nieder und macht dann die Injektion. Auf dieselbe Weise werden auch wohl intrauterine Injektionen applizirt, nachdem das cavum uteri mit Hilfe eines weiblichen Katheters, der mit einem Irrigatorschlauch in Verbindung steht, erreicht worden ist. Das in den Uterus gelangte Wasser wirkt als Fremdkörper und regt zu Wehen an, ausserdem löst es das Ei von den Eihäuten. Die Zeit, innerhalb welcher die Ausstossung des Fötus erfolgt, ist kürzer als beim Eihautstich, sie schwankt zwischen wenigen Stunden und 2—3 Tagen.

Seltener finden andere Methoden Anwendung: Das Einführen von elastischen Bougies zwischen Uterus und Ei erfordert Geschicklichkeit und Asepsis, aber namentlich die letztere ist bekanntlich in den Kreisen der Abtreiber nicht besonders beliebt, obwohl auch diese mit der Zeit fortgeschritten sind und den Werth antiseptischer Flüssigkeiten wohl zu schätzen wissen. Weiter ist zu nennen die Tamponade der Scheide resp. der Cervix und die Anwendung von Pressschwamm und anderen Quellmitteln; auch die Einführung von Höllensteinstiften in den Zervikalkanal

gehört hierher. Ebenso sind Einbohrung eines Fingers in den Zervikalkanal und Ablösung des unteren Eipoles vom Uterus, die Erweiterung des Zervikalkanales, sowie das Pressen der Portio zur Herbeiführung des kriminellen Abortus auch von Nicht-Sachverständigen benutzt worden, desgleichen die Elektrizität, die jedoch nur in hohen Stromstärken wirksam ist.

Ob andere Mittel, wie Setzen eines Schröpfkopfes auf die Brüste, Saugen an denselben, Dampfbäder der äusseren Genitalien im Stande sind, einen Abortus zu provoziren, erscheint fraglich.

Wird ein Abtreiber oder eine Abtreiberin zur Verantwortung gezogen, so werden sie, wenn der Fall günstig verlaufen ist, meist behaupten, dass sie nur durch irgend ein unschuldiges Mittel das ausgebliebene Unwohlsein hätten hervorrufen wollen, oder sie werden sagen, die betreffende Person sei bereits im Abortus begriffen gewesen, und sie hätten daran nichts mehr zu ändern vermocht. Häufig ist auch der Einwand, dass sie die Schwangere nur in den Glauben, irgend welche abtreiberische Manipulationen vorgenommen zu haben, versetzt, thatsächlich aber nichts derartiges gemacht, sondern einfach die Schwangere betrogen hätten. Solchen Ausreden gegenüber kommt es vor Allem auf die thatsächlichen Feststellungen an. Sind interne Abortiva angewendet, so sprechen besonders die Kombination verschiedener Abtreibungsmittel, die wiederholte Darreichung solcher und dergleichen dafür, dass ein Abtreibungsversuch beabsichtigt war. Bei Benutzung mechanischer Abtreibungsmittel muss die geringe Sensibilität der weiblichen Genitalien stets berücksichtigt werden. Eine Schwangere, der verschiedene Eingriffe am Introitus vaginae gemacht worden sind, ist nicht in der Lage, diese genau zu nennen; sie vermag einfach nur zu erklären, dass etwas vorgenommen ist, denn ebenso wie der Ortssinn, sind der Tast-, Druck- und Temperatursinn der Vagina höchst mangelhaft entwickelt. Der Gerichtsarzt ist daher bei der Abschätzung der Dignität der vorgenommenen Manipulation auf andere Punkte als auf die Angaben der betreffenden Schwangeren angewiesen. Sehr wichtig ist für ihn die Beschreibung der etwa in Anwendung gezogenen Instrumente; ein Irrigator mit einem gläsernen Ansatzrohr wird im Allgemeinen nichts Verfängliches haben, wenn der Druck der Flüssigkeit bei der Irrigation nicht ein besonders hoher war; eine Mittheilung, dass der Irrigator nicht sonderlich hoch gehoben worden sei, wird dies wahrscheinlich machen. Bedenklicher ist es dagegen, wenn sich an dem Gummischlauch des Irrigators ein metallener Katheter befand oder gar, wenn eine Klystierspritze mit langem Ansatzrohr benutzt wurde; das erweckt von vorn herein den Verdacht auf eine abortive Manipulation, und dieser erhält weitere Nahrung, ja wird zur Gewissheit, wenn aus den Aussagen der Schwangerschen oder ihrer Angehörigen hervorgeht, dass einige Stunden oder einige Tage nach den erwähnten Eingriffen Blutungen und Abortus eingetreten sind.

Der **Nachweis** eines **Abortus** wird in frischen Fällen nicht besonders schwer sein, und zwar um so leichter, wenn die Schwangerschaft bereits vorgeschritten war, als wenn sie sich in den ersten Monaten befand. Findet die Untersuchung in den ersten Tagen statt, etwa bei einem Abortus im 3.—4. Monat, so wird man noch den mehr oder weniger roth gefärbten Lochialfluss feststellen können; der Uterus wird noch vergrössert sein, aus den Brüsten lässt sich etwas Sekret entleeren. Sind dagegen schon mehrere Tage bis Wochen seit dem Abortus vergangen, so sind die bleibenden Zeichen der überstandenen Gravidität vorhanden (s. S. 284 u. 314.) wobei besonders der Umstand zu berücksichtigen ist, dass auch Cervix-Risse schon nach 3—4 monatlichem Abort vorhanden sein können. Die Thatsache, dass ein Abortus stattgefunden hat, wird weiter erhärtet durch das Vorhandensein von charakteristischen Abgängen, Fötus, Eihäute, Molen Der Gerichtsarzt wird dieselben zu untersuchen und hierbei zu berücksichtigen haben, dass von den Eihäuten ausschliesslich die Chorionzotten zum Beweise eines Abortus dienen können. Handelt es sich um Traubenmolen, so wird dies ebenfalls beweiskräftig sein, da die Traubenmolen als ein Degenerationsprodukt der Chorionzotten anzusprechen sind. Fleisch- und Blutmolen dagegen beweisen wenig oder nichts, da sie nur Blutergüsse darstellen; Decidua-Fetzen können menstrualen Anomalien ihren Ursprung verdanken.

Die Frage, ob der eingetretene Abortus ein k r i m i n e l l e r oder s p o n t a n e r war, wird unter Berücksichtigung der zeitlichen Aufeinanderfolge der Darreichung der Abortiva, bezw. der Anwendung der mechanischen Prozeduren und des eingetretenen Erfolges mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit zu beantworten sein. Ist der Tod der Schwangeren die Folge gewesen, so werden sich bei den internen Abortivis die Vergiftungserscheinungen und das Gift, bei den mechanischen Abtreibemitteln aber Verletzungen nachweisen lassen, die auf das zur Anwendung gezogene Instrument zurückzuführen sind. Zerreissungen des Fundus und des Corpus uteri, Perforationen der Cervix oder des Scheidengewölbes in den Douglas'schen Raum und die Paramentrien sind ebenso zur Beobachtung gekommen, wie Anbohrungen des Uterus, die sich als tiefe, kraterförmige Geschwüre repräsentiren und den manuellen Dilatationsversuchen oder instrumentellen Einwirkungen ihr Entstehen verdanken. Dass Perforationen des Uterus allein durch den hohen Druck des Irrigatorenwassers zu Stande kommen können, sei hier noch besonders erwähnt. Gewisse Wundkomplikationen sprechen ebenfalls für einen kriminellen Eingriff, so die Sepsis und die Pyämie. Luftembolie kann bei der Injektion in den Uterus entstehen und zum plötzlichen Tode führen; ihre Feststellung ist allerdings nur möglich, wenn die Sektion kurze Zeit nach dem Tode erfolgt; das Herz ist dann zu unterbinden und unter Wasser aufzuschneiden. Embolie der Lungenarterieen nach Thrombose der Zervikalgefässe hat ebenfalls zu plötzlichem Tode bei kriminellem Abortus Anlass gegeben.

4. Feststellung der stattgehabten Geburt.

Eine gerichtsärztliche Untersuchung auf stattgehabte Geburt kann bei Verdacht auf Kindesmord und Kindesbeseitigung, bei Verdacht auf Kindesunterschiebung, sowie zur Befreiung der Wartezeit nach Beendigung einer Ehe vor Eingehung einer neuen angeordnet werden. Die Zeichen der stattgehabten Geburt werden gesondert in vorübergehende und bleibende. Eine Frau, die geboren hat, besitzt eine schlaffe und weiche Bauchhaut, auf welcher der Längsrichtung des Körpers entsprechend weissliche Narben (Striae) sich vorfinden können; die äusseren Genitalien sind geschwollen, im Scheideneingang sieht man, besonders an seinem hinteren Theile, kleine Einrisse, welche den Charakter oberflächlicher Ulzeration haben können. Die Kontinuität des Hymen ist unterbrochen, an einer oder mehreren Stellen haben sich die sogenannten Karunkeln gebildet; in der Scheide findet sich das Lochialsekret. Der Uterus ist vergrössert und in den ersten Tagen nach der Geburt deutlich hinter der Symphyse als rundlicher Tumor fühlbar. Die Brustdrüsen sezerniren, die Gegend der Linea alba ist pigmentirt, ebenso wie die Warzenhöfe. Hierbei ist jedoch zu bemerken, dass die Sekretion der Brustdrüsen für die Diagnose der stattgehabten Geburt an sich nicht viel sagt, wie bereits früher hervorgehoben wurde. Sind etwa 12 Tage seit der Geburt verflossen, so ist der Uterus zwar nicht mehr hinter der Symphyse zu fühlen, aber immerhin vergrössert. Bei der inneren Untersuchung sind deutliche Einrisse in den quer gespaltenen Muttermund zu fühlen, die diesem ein unebenes Aussehen geben; es ist dies unstreitig das sicherste Zeichen der stattgehabten Geburt, ein Zeichen, das auch an der Leiche naturgemäss mit absoluter Sicherheit festzustellen ist. Man darf selbstverständlich nicht in den Fehler verfallen, Ovula Nabothi und ähnliche krankhafte Prozesse am Muttermund für Einrisse zu halten. Die bleibende Vergrösserung der Gebärmutter erhellt am besten aus folgenden Zahlen: Normalerweise wiegt sie nach Strassmann 33—40 g, hat eine Länge von 5,5—8 cm, eine Breite von 3,5—4 cm, eine Dicke von 2—2,5 cm und eine Wanddicke von 1—1,5 cm; der gravid gewesene Uterus hat dagegen ein Gewicht von 105—120 g, eine Länge von 9—9,5 cm, eine Breite von 5,5 bis 6 cm, eine Dicke von 3—3,5 cm und eine Wandstärke von 2 cm. Wichtig sind die ebenfalls bei der Sektion nachweisbaren Formveränderungen insofern, als der Körper nach der Geburt den Hals an Länge übertrifft und sich dicke Gefässe in den Parametrien finden.

D. Kindesmord.

1. Gesetzliche Bestimmungen und Allgemeines.

§ 217. St.G.B. Eine Mutter, welche ihr uneheliches Kind in oder gleich nach der Geburt vorsätzlich tödtet, wird mit Zuchthaus nicht unter 3 Jahren bestraft.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter 2 Jahren ein.

§ 90. St.P.O. Bei Oeffnung der Leiche eines neu geborenen Kindes ist die Untersuchung insbesondere auch darauf zu richten, ob dasselbe nach oder während der Geburt gelebt habe, und ob es reif oder wenigstens fähig gewesen sei, das Leben ausserhalb des Mutterleibes fortzusetzen.

Der Gesetzgeber hat es für angezeigt erachtet, für den Fall, dass eine verheirathete oder unverheirathete Mutter ihr uneheliches Kind in oder gleich nach der Geburt vorsätzlich tödtet, eine mildere Strafe einzuführen, als die auf Mord festgesetzte. Er hat in dem Kindesmord ein selbstständiges Delikt geschaffen, weil Mütter, die uneheliche Kinder gebären, gerade während der Geburt sich in einem von der Breite des normalen mehr oder weniger entfernten Gemüthszustand befinden, der sie die Folgen ihrer Handlungen anders als in gesunden Tagen beurtheilen lässt. Das Delikt des Kindesmordes ist, wie gesagt, ein eng umgrenztes, es erfordert erstens die vorsätzliche Tödtung (eine fahrlässige Tödtung fällt nicht unter den § 217 St.G.B.), zweitens erfordert es, dass das von der Mutter getödtete Kind ein uneheliches ist, und drittens, dass die Tödtung in oder gleich nach der Geburt geschieht. Dem Gerichtsarzt fallen dadurch ganz besondere Aufgaben zu, welche die St.P.O. noch genauer präzisirt. Seine Untersuchung hat sich darauf zu richten: 1. ob das untersuchte Kind ein neugeborenes war, 2. ob es reif oder wenigstens fähig war, das Leben ausserhalb des Mutterleibes fortzusetzen, 3. ob es gelebt hat und 4. woran es gestorben ist.

2. Die Kriterien des Neugeborenseins.

Der Gesetzgeber verlangt, wenn der Begriff des Kindesmordes auf das vorliegende Delikt Anwendung finden soll, dass die Tödtung mit der Geburt in nahen Beziehungen steht. Liegen zwischen Geburt und Tödtung resp. der den Tod verursachenden Manipulation Handlungen, die erkennen lassen, dass die Mutter bei vollkommen normaler Geistesverfassung gewesen ist, so trifft

der Begriff des Kindesmordes nicht mehr zu; anderseits entspricht es nicht der Absicht des Gesetzgebers, wenn man etwa nach Stunden oder Minuten die Zeit bestimmen wollte, innerhalb deren noch eine Kindestödtung als Kindesmord aufzufassen ist. Eine derartige Präzisirung liegt ausserhalb des Bereiches der Möglichkeit; es wird in dem einzelnen Falle vielmehr stets darauf ankommen, nachzuweisen, dass der durch die Geburt veränderte Gemüthszustand der Mutter auch bis zur Tödtung noch nicht zur Norm zurückgekehrt war; in der Praxis werden jedenfalls hierbei die Grenzen nicht allzu eng gezogen.

Der Nachweis, dass ein Kind ein neugeborenes sei, wird aus äusseren und inneren Merkmalen geführt. Die äussere Besichtigung ergiebt bei einem Neugeborenen, dass es mit Blut oder mit Meconium oder mit beiden Stoffen besudelt ist. Die Körperoberfläche ist ferner ganz oder theilweise mit Vernix caseosa bedeckt, einer käsigen Schmiere, die mikroskopisch im Wesentlichen aus grossen epidermoidalen Zellen besteht, sich besonders in den Gelenkbeugen, den Achselhöhlen, Leistenbeugen u. s. w. vorfindet und ein weiteres, wichtiges Kriterium des Neugeborenseins bildet.

Werthvolle Befunde liefert die Untersuchung des Nabelstranges. Ist das Kind noch mit der Placenta durch den Nabelstrang verbunden, so liegt zweifellos ein neugeborener Zustand vor. Ein sulziger, nicht vertrockneter Nabelschnurrest spricht im Allgemeinen ebenfalls dafür, doch ist hierbei zu berücksichtigen, dass auch unter Umständen bei nicht mehr neugeborenen Kindern das Vertrocknen der Nabelschnur durch unzweckmässige feuchte Behandlung verzögert sein kann. Dass eine Nabelschnur vertrocknet ist, spricht nicht unbedingt gegen Neugeborensein; kann doch unter günstigen Umständen eine Eintrocknung auch postmortal erfolgen, z. B. bei trockener Aussenluft. Leichen von Neugeborenen, die im Wasser gelegen haben, weisen in der Regel einen sulzigen Nabelstrang oder Nabelstrangrest auf; finden sich bei derartigen Wasserleichen die Reste eines mumifizirten Nabelstranges, so spricht dies zwar in der Regel dafür, dass das untersuchte Kind kein neugeborenes mehr war, man darf aber niemals ausser Acht lassen, dass ein in oder gleich nach der Geburt getödtetes Kind erst ins Wasser geworfen sein kann, nachdem seine Nabelschnur postmortal unter günstigen Umständen vertrocknet war. Interessante Untersuchungen hat Kockel über mikroskopische Befunde bei der Abstossung der Nabelschnur gemacht. Es findet sich nämlich bereits eine Stunde nach der Geburt an der Nabelschnur-Basis Leukozyteninfiltration; diese Infiltration nimmt während der ersten 4 Lebensstunden zu, indem die Nabelschnur-Basis ringförmig von ihr umfasst wird; gegen das Ende des ersten Lebenstages ist eine Ausbreitung der Infiltration nach der Mitte der Nabelschnur zu beobachten, sodass es zur Bildung einer infiltrirten Platte zwischen Hautnabel und Nabelstrangrest kommt, durch die das bleibende Gewebe gegen das abzulösende begrenzt wird, und die im Laufe des zweiten Tages noch deut-

licher wird. Betreffs der von Haberda gemachten Untersuchungen über die Veränderungen der fötalen Wege der Neugeborenen s. S. 154.

Innere Besichtigung: Findet sich im Magendarmkanal Luft, so ist dies ein Befund, welcher zwar die wichtigste Lebensprobe, die Lungenprobe zu ergänzen im Stande ist (cf. unten), der aber für die Feststellung der Dauer des Lebens des Neugeborenen nicht verwendet werden darf. Der Darminhalt ist bei einem Neugeborenen Meconium, das in den oberen Partien des Darmes graugelblich, in den tieferen grünlich aussieht. Dieses Kindspech kann bei der Geburt, wenn das Kind asphyktisch gewesen ist, theilweise entleert worden sein, sodass die zurückbleibende Menge nur gering zu sein braucht; im Allgemeinen ist aber seine Entleerung erst nach 3—5 Tagen beendet.

Sehr wichtig ist die Frage, ob ein Neugeborenes Nahrung bekommen hat oder nicht; ihre Beantwortung ist aus dem Grunde nicht ganz leicht, weil, wie bemerkt, das Meconium der oberen Darmabschnitte von eigenthümlich graugelblicher, an eingeführte Milch erinnernder Farbe ist, sich also nicht ohne Weiteres als Kindspech ansprechen lässt; erst eine mikroskopische Untersuchung vermag hier die Zweifel zu erheben. Im Meconium findet man nämlich folgende Bestandtheile: 1. Vernixzellen (s. oben), 2. Darmepithelien in grosser Anzahl, 3. Lanugohaare (s. S. 96), 4. Bilirubinkrystalle, dunkelrothbraun, nadelförmig und von ausserordentlicher Kleinheit, so dass sie nur mit starken Vergrösserungen wahrgenommen werden können, 5. grosse Cholostearinkrystalle, farblos, rhombisch getäfelt und häufig in Drusen angeordnet und 6. die sogenannten Mekoniumkörper, d. h. durch Gallenfarbstoff grünlich gefärbte Kerne der Epidermiszellen und der Epithelien. Demgegenüber sind Ingesta charakterisirt durch Fettgehalt, Pflanzenzellen etc. Das grüne Meconium ist als das Umwandlungsprodukt des graugelblichen aufzufassen; es ist entstanden durch Eindickung in Folge von Wasseraufsaugung und durch Umwandlung des in dem gelbbraunen Meconium ebenfalls vorhandenen Gallenfarbstoffes.

3. Reife und Lebensfähigkeit eines neugeborenen Kindes.

Ueber die Reife und Lebensfähigkeit macht das Regulativ für das Verfahren der Gerichtsärzte sehr bemerkenswerthe Angaben (§ 23, s. S. 76). Es nennt in erster Linie Länge und Gewicht des Kindes; erstere soll etwa 50 cm, letzteres etwa 3 kg betragen. Ferner fällt die Beschaffenheit der allgemeinen Bedeckungen und der Nabelschnur ins Gewicht; bezüglich der Nabelschnur können wir auf das oben Angeführte verweisen; bei der Beschreibung der allgemeinen Bedeckungen kommt es darauf an, ob diese sich in einem frischen Zustande befinden, oder ob sie in Fäulniss übergegangen sind, vor Allem aber darauf, ob ein genügendes Fettpolster vorhanden ist, das dafür spricht, dass

die intrauterine Entwicklung zum Abschluss gelangt ist. Weiterhin sind Länge und Beschaffenheit der Kopfhaare festzustellen; die Länge beträgt beim ausgetragenen Neugeborenen in der Regel 2 cm oder etwas mehr. Wollhaar soll nicht mehr vorhanden sein bis auf die Partie in der Gegend der Schulterblätter. Sodann kommen in Betracht: die Grösse der grossen Fontanelle, die etwa 3—4 cm in der Länge und 2—3 cm in der Breite beträgt; die Durchmesser des Kopfes (zwischen den Schläfen im Durchschnitt $8^1/_2$ cm, zwischen Stirn und Hinterhaupt [gerader Durchmesser] $10^1/_2$ cm und zwischen Kinn und Scheitel [grosser, schräger Durchmesser] $12^1/_2$ cm), der Abstand beider Schultern, der dem grossen, schrägen, und der Abstand beider Trochanteren, der dem geraden Kopfdurchmesser entsprechen soll: Eine Pupillarmembran soll nicht mehr vorhanden sein; eine dahingehende Feststellung hat in der S. 76, Anm. 2 beschriebenen Weise zu erfolgen. Die Pupillarmembran wird, wenn sie noch vorhanden ist, kenntlich durch die in ihr verlaufenden arkadenförmigen Gefässe, die nach der Mitte zu verlaufen, aber vor dieser wieder umbiegen und zur Basis zurückkehren. Nasen- und Ohrknorpel sollen hart sein, die Nägel die Fingerkuppen überragen, die Zehenspitzen aber eben erreichen. Beide Hoden sollen im Hodensack bezw. die kleinen Schamlippen von den grossen wegen des Fettreichthums derselben bedeckt sein. Die untere Epiphyse des Oberschenkels soll endlich den Knochenkern enthalten (s. S. 76).

Die Dignität all dieser Zeichen der Reife ist eine verschiedene; ein Knochenkern z. B. findet sich in der Regel bereits nach dem 9. Schwangerschaftsmonat; d. h. nach 36 Wochen; er ist auch schon nach 35 Wochen beobachtet worden und daher im eigentlichen Sinne kein Zeichen der erst mit der 40. Woche eintretenden Reife. Dasselbe gilt betreffs der Pupillarmembran, die bereits im 8. Monat verschwindet. Den grössten Werth von den Zeichen der Reife hat jedenfalls die Länge, dann kommen in Betracht Gewicht, Schädelmasse, Länge und Beschaffenheit der Kopfhaare, Fontanellengrösse, Kopfdurchmesser, Beschaffenheit der Ohr- und Nasenknorpel, Beschaffenheit der Nägel, des Hodensackes bezw. der Schamlippen.

Die Grenze der Lebensfähigkeit setzt das Regulativ auf die Vollendung der 30. Woche fest; es bestimmt, dass dann von der Obduktion Abstand genommen werden kann, wenn diese nicht vom Richter ausdrücklich gefordert wird. Dieser Termin der Vollendung der 30. Woche, der also einem Alter von $7^1/_2$ Lunarmonaten und somit einer Körperlänge von 37,5 cm entspricht, dürfte im Allgemeinen auch zutreffend sein, doch sind auch sicher schon Früchte von 28 Wochen (= 35 cm Länge) am Leben geblieben. Jedenfalls wird man als Gerichtsarzt gut thun, der äusseren Besichtigung auch dem 7. Monat angehöriger Kinder die Obduktion folgen zu lassen, bei der sich häufig noch wichtige Ergebnisse finden werden.

Eine absolute Lebensunfähigkeit besteht bei allen mit Defekt eines lebenswichtigen Organes einhergehenden Missgeburten, Anenzephalen, Akardiaker u. s. w., auch bei gewissen Atresien, die einer operativen Behandlung unzugänglich sind, z. B. Atresie des Oesophagus, des Magens, des Gallenganges, wobei zu berücksichtigen ist, dass derartige Individuen sehr wohl einige Stunden bis Tage leben, jedenfalls aber nicht für fähig erachtet werden können, das Leben ausserhalb des Mutterleibes fortzusetzen. Defekt des Zwerchfelles würde gleichfalls eine absolute Lebensunfähigkeit bedingen; angeborener Zwerchfellbruch dagegen ebenso wenig wie eine angeborene Zysten-Niere, bei der noch Reste von sezernirendem Parenchym vorhanden sind.

Relative Lebensunfähigkeit liegt bei solchen Zuständen vor, die ohne weiteres zum Tode führen, aber einer Korrektion durch ärztliche Behandlung zugänglich sind. Hierher gehören Atresien des Afters, die operativ beseitigt werden können, ferner Syphilis congenita mit Osteochondritis, Pemphigus u. s. w.; auch syphilitische Neugeborene mit einer Pneumonia alba sind relativ lebensunfähig.

4. Feststellung des Lebens Neugeborener.

Eine Lebensprobe am Neugeborenen, die allen Anforderungen entspricht, giebt es leider noch nicht; ihre Entdeckung ist eines der grössten Probleme der gerichtlichen Medizin. Von den zur Zeit üblichen Methoden kommt dem Ideal am nächsten die im Jahre 1682 von Schreyer in Zeitz zum ersten Mal angewendete Lungenprobe, deren Ausführung im allgemeinen Theil bereits ausführlich besprochen ist (s. S. 77).

Eine Lunge, die einem Individuum angehört, das geathmet hat, zeigt zunächst ein anderes Volumen als eine atelektatische Lunge eines Fötus. Sie füllt die Thoraxhöhle aus und ist aufgebläht; ihre vorderen Ränder sind nicht scharf, sondern abgerundet, ihre Oberfläche erscheint uneben, theils durch die Anwesenheit immer noch atelektatischer Partien, die ein tieferes Niveau als die lufthaltigen aufweisen (unvollkommene Athmung), theils dadurch, dass die Lungenalveolen in etwa Sandkorngrösse durchweg mit Luft gefüllt sind und sich über die nicht lufthaltigen interlobulären Abschnitte des Lungengewebes erheben. Die Farbe des lufthaltigen Lungengewebes ist hellroth und in Folge mehr oder weniger starker Gefässinjektion marmorirt; seine Konsistenz ist elastisch, luftkissenartig; das Gewebe knistert unter den Fingern; auf dem Durchschnitt entleert sich auf der Schnittfläche schaumige Flüssigkeit. Fötal atelektatische Lungen befinden sich dagegen in dem hinteren Abschnitt der Pleurahöhle, den Herzbeutel freilassend, ihre Ränder sind scharf; ihre Oberfläche ist gleichmässig, ohne Erhebungen, ihre Farbe ist mehr oder weniger dunkelrot, die Konsistenz überall derb. Auf dem Durchschnitt entleert sich eine blutige Flüssigkeit ohne jede Luftblase.

Die angeführten Kennzeichen genügen aber noch nicht, um Geathmet-haben oder Nichtgeathmet-haben festzustellen, vielmehr wird an die bisherige Feststellung die Zerstückelung der Lunge und das Schwimmen-Lassen der Lungenstückchen auf dem Wasser angeschlossen. Nach der positiven und nach der negativen Seite hin hat der Gerichtsarzt Irrthümer bei seinen Schlussfolgerungen auszuschliessen. Lufthaltige Lungen können vorhanden sein, wenn der Fötus in utero geathmet hat, nachdem Luft durch die Hand des Geburtshelfers in den Uterus eingeführt oder durch Zersetzung des Fruchtwassers Tympania uteri entstanden ist. Ebenso kann ein Fötus, der sich noch ganz innerhalb der Geburtswege befand, geathmet haben, und zwar von der Scheide aus, wenn er sich in Gesichtslage befand. Ein weiterer, Leben oder Gelebt-haben vortäuschender Irrthum kann durch die Vornahme von Manipulationen, die der künstlichen Respiration dienen sollen, hervorgerufen werden. Die praktische Bedeutung dieses Einwandes ist eine nur sehr geringe, da eine Kindesmörderin wohl schwerlich zweckmässige künstliche Athembewegungen mit ihrem Kinde machen wird, bevor sie es tödtet. Im Uebrigen sind diese künstlichen Athembewegungen, wie Lufteinblasen mittelst Trachealkatheters oder Schultze'sche Schwingungen unschwer auch bei der Sektion als solche festzustellen, weil durch sie nur ein ausserordentlich geringer Theil des Lungengewebes, das atelektatisch war, lufthaltig gemacht werden kann. Künstliche Respiration kann auch in unzweckmässiger Weise dergestalt versucht werden, dass dem neugeborenen Kind Luft in Mund und Nase eingeblasen wird; der Effekt ist in solchen Fällen einfach der, dass nicht die Lunge, sondern der Magen lufthaltig wird. Lufthaltig können die Lungen auch werden durch Fäulniss, und zwar durch das Eindringen gasbildender Fäulnissbakterien. Die Frage, ob eine Lunge, die vollkommen atelektatisch war, allein durch die gasbildende Fäulniss lufthaltig werden kann, muss bejaht werden, wie von uns angestellte Versuche bewiesen haben. Eine ohnehin lufthaltige Lunge wird aber leichter als eine atelektatische von der gasbildenden Fäulniss ergriffen werden; allerdings wird es auch hier gelingen, neben den eine wechselnde Grösse aufweisenden Fäulnissblasen die gleich grossen und regelmässig aneinander gereihten Perlbläschen des in normaler Weise lufthaltigen Parenchyms zu sehen, namentlich, wenn man die Lupe zur Hilfe nimmt. Die Fäulnissblasen sind im Allgemeinen viel grösser als die Alveolen, sie sind ungleichmässig vertheilt und verleihen der Lunge ein eigenthümliches, buckliges Aussehen. Eine Diagnose, ob eine mit Gasblasen durchsetzte Lunge primär lufthaltig war oder nicht, ist auch noch dadurch zu ermöglichen, dass man die grossen Fäulnissblasen einsticht oder einschneidet und nunmehr die betreffenden Lungenstückchen der Schwimmprobe unterwirft; ein Zerquetschen mit dem Finger thut häufig dieselben Dienste. Primär lufthaltige Lungen werden durch diese Manipulation ihren Luftgehalt nicht verlieren, sondern durch ihre Schwimmfähigkeit beweisen, dass sie Individuen an-

gehörten, welche geathmet, also gelebt hatten. Eine Unterscheidung der Fäulnissblasen von lufthaltigem Lungengewebe lässt sich auch noch durch die mikroskopische Untersuchung von in Alkohol gehärteten Präparaten bewirken. Man erkennt hier, auch wenn die Färbbarkeit der Kerne durch die Fäulniss verloren gegangen ist, doch noch ziemlich gut die Struktur des Lungengewebes, ob die Alveolen kollabiren oder in mässiger Weise und gleichmässig ausgedehnt sind, sowie, ob die grossen Fäulnissblasen sich besonders an die präformirten Hohlräume, Gefässe, Bronchen anschliessen und ferner, ob sie auch den Zug des Bindegewebes in den interlobulären Septen bevorzugen. Färbt man diese Lungenschnitte auf Bakterien, so sieht man unschwer grössere Anhäufungen der letzteren da, wo sich die Luftblasen gebildet haben; Färbung mit Löffler'schem Methylenblau giebt besonders instruktive Bilder.

Dies sind die Fehlerquellen, die bei einem positiven Ausfall der Lungenschwimmprobe zu berücksichtigen sind. Dittrich macht noch darauf aufmerksam, dass man gefrorene Lungen nicht für lufthaltige halten darf, weil sie auf dem Wasser schwimmen. Eine gefrorene Lunge schwimmt wie alle anderen gefrorenen Organe, man muss sie aufthauen und dann erst die Schwimmfähigkeit festzustellen.

Bei einem negativen Ausfall der Lungenprobe ist zunächst zu berücksichtigen, dass das neugeborene Kind gelebt haben kann, ohne zu athmen, weil es zu schwach dazu war; es vermochte nicht die Luft bis in die Alveolen hinein zu bringen, seine schwachen Athembewegungen führten vielmehr nur einen Gasaustausch in der Trachea herbei (tracheales Athmen). Ausserdem wissen wir auch, dass theils ohne erkennbare Gründe, theils in Folge von Hirndruck bei wirklich lebend geborenen Kindern sich der Eintritt des ersten Athemzuges nicht unerheblich verzögern kann. Kinder, die in den Eihäuten geboren werden, oder denen wenigstens Eihäute die Athemöffnungen verdecken, können lebend geboren werden; sie vermögen nicht zu athmen und ersticken. Aehnlich verhält es sich mit Kindern, welche angeborene Strumen haben oder Defekte des Zwerchfelles; die Pneumonia alba kann ebenfalls Luftleere der Lungen verursachen, sie braucht es aber nicht immer. Ein Kind, das aus den Geburtswegen direkt in Flüssigkeit hineinfällt, z. B. in einen Eimer mit Wasser, kann doch luftleere Lungen haben, obwohl es gelebt hat; allerdings wird man bei ihm die Ertrinkungsflüssigkeit in den feineren Bronchen und den Alveolen nachweisen können. Angeborene Herzfehler verursachen pleuritische Exsudate, und die Flüssigkeit der Pleura wiederum kann die Luft aus der Lunge resorbiren; auch durch Fäulniss können derartige pleuritische Transsudate entstehen. Eine Resorption der Luft ist ferner möglich, wenn die Respiration langsam erlischt. Endlich giebt es Fälle, bei denen durch Aspiration von Meconium oder Schleim eine Füllung der Lungen mit Luft verhindert wird.

Eine wichtige Ergänzung der Lungenschwimmprobe bildet die von Breslau angegebene Magendarmschwimmprobe, die darauf beruht, dass bereits mit den ersten Athemzügen resp. Athembewegungen Luft in den Magen gelangt; übrigens eine Beobachtung, die auch an ganz lebensunfähigen Föten aus der Mitte der Schwangerschaft gemacht werden konnte. Man kann bereits nach der Eröffnung des Abdomen feststellen, ob sich im Magen Luft befindet; zum Zwecke der in Rede stehenden Probe ist dann der Magen zu unterbinden, bevor man an die kunstgerechte Sektion der Brusthöhle geht. Als erster Akt der Sektion der Bauchhöhle wird hierauf die Schwimmprobe des Magens oder noch besser des mit dem Magen im Zusammenhang stehenden Darmes vorgenommen.

Die sonstigen Lebensproben liefern keine guten Resultate. Die Annahme, dass Neugeborene mit Harnsäureinfarkten in den Nieren gelebt haben müssen, hat sich durch die Beobachtung von Harnsäureinfarkten an sicher todtgeborenen Kindern als nicht beweiskräftig erwiesen. Dasselbe gilt betreffs der Ploucquet'schen Lebensprobe, die darauf beruht, dass sich das Gewichtverhältniss der Lunge zum Gesammtkörpergewicht bei Todtgeborenen wie 1 : 70, bei Lebendgeborenen wie 2 : 70 verhalten soll. Severi-Corrado behauptet, dass der Hämoglobingehalt der Lunge grösser sei, wenn die Lunge geathmet hat, als derjenige der Leber und umgekehrt, dass der Hämoglobingehalt der Leber grösser sei als der der Lunge bei Neugeborenen, die nicht geathmet haben. Auch diese Probe ist eben so wenig zuverlässig, wie die Wreden-Wendt'sche Ohrenprobe, wonach der Schleimgehalt der Paukenhöhlen mit dem Beginn des Lebens verschwinden soll.

5. Bestimmung der Todesursache.

Der Fötus kann vor, während und nach der Geburt sterben.

Vor der Geburt kann der Exitus des Fötus aus natürlichen Ursachen eintreten, z. B. bei schweren Allgemeinerkrankungen der Mutter oder durch Torsionen oder Knoten der Nabelschnur, Blutungen in die Eihäute, oder Missbildungen des Fötus. Durch traumatische Ursachen, wie Sturz der Mutter aus der Höhe, Fall derselben gegen stumpfe Gegenstände oder Verletzungen durch stumpfe Gewalt mit umschriebener Angriffsfläche können ebenfalls Traumen und in Folge dessen Tod einer Leibesfrucht vor der Geburt eintreten, während die Mutter gesund bleibt. Ein auf diese Weise abgestorbener Fötus wird entweder mazeriren oder mumifiziren. Bei dem mazerirten Fötus fehlt entweder die Epidermis oder sie geht in Fetzen ab; die rothe Lederhaut bedeckt die abnorm gegen einander verschieblichen Knochen; dabei ist der Feuchtigkeitsgehalt der Frucht nicht vermindert, sondern ist der gleiche geblieben. Die Nabelschnur ist matsch, die inneren Organe desgleichen, zumal das Gehirn (Fötus sanguinolentus; faultodter

Fötus). Der mumifizirte Fötus (F. papyraceus) sieht dagegen graubraun aus, seine Grösse ist erheblich vermindert, er ist häufig platt gedrückt; durch die dünne Haut ragen stachlige Knochenfragmente hervor, die Nabelschnur ist in ihrem Volumen reduzirt.

Während der Geburt erfolgt der Tod des Kindes durch Unterbrechung des plazentaren Kreislaufes oder durch Kompressionen des Kopfes durch die Geburtswege.

Eine Unterbrechung des plazentaren Kreislaufes kann einmal vom Uterus her durch übermässige Kontraktion desselben, Tetanus uteri, Krampfwehen u. dgl. bewirkt werden, oder von der Placenta her durch vorzeitige Lösung derselben, oder endlich von der Nabelschnur her, wenn diese zwischen Kopf oder irgend einem anderen Kindstheil und den mütterlichen Geburtswegen eingezwängt wird, ein Ereigniss, das jede Zufuhr von arteriellem Blut zum Fötus verhindert. Die Folge derartiger Zustände ist der als fötale Erstickung bezeichnete Tod. Das Kind wird nämlich zu vorzeitigen Athembewegungen angeregt (erstes Stadium der Erstickung), es aspirirt Fruchtwasser oder sonstige an den Athemöffnungen befindliche Stoffe, wie z. B. Meconium, das bekanntlich während des Erstickungstodes zur Entleerung gelangt. Der Nachweis der fötalen Erstickung ist sowohl durch den Nachweis der Unterbrechung des plazentaren Kreislaufes oder, wenn dieser misslingt, durch den Nachweis der aspirirten Flüssigkeit zu führen.

Wird ein Fötus in Folge Enge des kleinen Beckens durch eine Kompression seiner Kopfknochen alterirt, so können hier ebenfalls gewisse Störungen, unter Umständen der Tod die Folge sein. Eine der gewöhnlichsten Erscheinungen, die bei keiner einigermassen langsam vor sich gehenden Geburt fehlt, ist die Kopfgeschwulst, eine serös blutige Durchtränkung der weichen Schädelbedeckung, die sich bei der äusseren Besichtigung von dem zwischen Periost und Schädelknochen entstehenden und auf dieselbe Ursache zurückzuführenden Cephalhämatoma dadurch unterscheidet, dass sich dieses stets innerhalb des Bezirkes eines Kopfknochens hält, während jene die Grenze der Schädelknochen nicht respektirt. Was nun die Formveränderung der Schädelknochen selbst anbetrifft, so können diese zunächst Einbiegungen in Gestalt der sogenannten löffelförmigen Impressionen erleiden, die in der Regel auf ein hervorragendes Promontorium zurückgeführt werden müssen und zuweilen mit Schädelbrüchen in ihrer Umgebung komplizirt sind. Dittrich unterscheidet noch rinnen- oder trichterförmige Impressionen mit tiefem, am Querschnitt spitzwinkligem Grunde. Die Differentialdiagnose, ob derartige Impressionen durch die mütterlichen Geburtswege oder aber, wie dies auch denkbar ist, durch äussere stumpfe Gewalt erzeugt worden sind, kann durch den Nachweis eines Blutergusses in die weichen Schädeldecken, geführt werden, der bei äusseren Gewaltanwendungen vorhanden ist, bei Kompressionen durch die Knochen des mütterlichen Beckens dagegen fehlt oder wenigstens nicht erheblich ist.

Ferner können auch einfache Knochensprünge vorkommen, die vorzugsweise in den beiden Seitenwandbeinen ihren Sitz haben und nach der Mitte oder nach vorn oder hinten hin verlaufen; sie sind stets sprungartig, mehr oder weniger gerade verlaufend und unterscheiden sich dadurch von den gezackt verlaufenden Schädelssprüngen, die durch äussere Gewalt verursacht sind. Wichtig ist hierbei natürlich noch der Nachweis, dass überhaupt eine Kompression des Kopfes stattgefunden hat; derselbe lässt sich durch die bei der Sektion häufig noch wahrnehmbare dachziegelförmige Untereinander-Schiebung der Stirnbeine und des Hinterhauptsbeins unter die Seitenwandbeine und auch dieser wieder unter einander führen. Häufig entstehen durch eine derartige Kompression des Kopfes, veranlasst durch Gefässzerreissungen, Blutergüsse zwischen die Hirnhäute, die dann ihrerseits durch Erhöhung des intrakraniellen Drucks zum Tode führen können, und zwar sowohl während, als nach der Geburt.

Tod des Kindes nach der Geburt wird zuweilen veranlasst durch angeborene Lebensschwäche, ebenso können andere absolute oder relative, zur Lebensunfähigkeit führende Momente zum schnellen, natürlichen Tode des Kindes führen. Für den Gerichtsarzt von besonderer Wichtigkeit ist aber die Kenntniss der gewaltsamen Todesarten oder des Kindesmordes schlechthin.

Zunächst ist hier des Partus präcipitatus, der Sturzgeburt, zu gedenken. Wie nicht bestritten werden kann, kommt es vor, dass eine Mutter ihre Schwangerschaft vollkommen verkennt; schwachsinnige Individuen, die nicht genau auf ihre Menses achten, Frauen mit ohnehin unregelmässiger Menstruation, welche die einzelnen Schwangerschaftsbeschwerden nicht richtig zu würdigen wissen oder denen vielleicht auch von ärztlicher Seite nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wird, werden zuweilen von den Geburtswehen überrascht, und mit einem Male fällt das Kind aus den Geburtswegen zur Erde nieder; andere Gravidae halten die Wehen für Leibschmerzen, die im Darmkanal ihren Sitz haben, sie suchen den Abort auf, und das Kind fällt nunmehr in die Tiefe. Ist hierbei die Zerrung des Kindes an Nabelstrang und Placenta eine sehr grosse, so kann die Nabelschnur zerreissen; dieselbe zeigt dann eine schräge, unebene Trennungsfläche, auf der die durchrissenen Gefässe sichtbar sind. Ergiebt die Besichtigung eines Nabelstrangrestes kein eindeutiges Resultat der Frage, ob die Trennungsfläche eben oder unregelmässig ist, so darf man nie versäumen, durch Aufquellen des betreffenden Abschnittes in Wasser eine Ergänzung der Untersuchung vorzunehmen. Begreiflicherweise ist die Blutung aus den zerrissenen Gefässen meist keine erhebliche, da sich die unregelmässig durchtrennte Intima aufrollt. War die Zerrung an der Nabelschnur keine erhebliche, so bleibt sie unverletzt; dagegen wird das Kind bei Sturzgeburten stets eine Schädigung erleiden: Fällt es z. B. in weiche oder flüssige Me-

dien wie Abortinhalt, so kann es, nachdem es einige Athemzüge gethan hat, zumal wenn es auf den Rücken gefallen ist, mit lufthaltigen Lungen untersinken und ertrinken. Ist der Sturz dagegen auf den Boden erfolgt, so wird nicht nur ein Bluterguss an der zuerst getroffenen Stelle des Schädels die Folge sein, sondern es werden sich auch meist sprungartige Schädelbrüche der Seitenwandbeine oder anderer Kopfknochen sowie Blutergüsse zwischen den Hirnhäuten finden. Wichtig ist, dass bei Sturzgeburten, da sie im Allgemeinen einen schnellen Geburtsverlauf haben, eine Konfiguration des Kopfes durch die Geburt, also z. B. ein Untereinanderschieben der Kopfknochen, meist vermisst wird; das Vorhandensein einer solchen schliesst jedoch eine Sturzgeburt nicht aus. Zuweilen wird bei Sturzgeburt auch ein Bluterguss um die Nabelgefässe herum am inneren Theil des Nabelringes beobachtet.

Bei der Mutter finden sich nach einer Sturzgeburt Verletzungen des Dammes, Atonia uteri und zuweilen Inversio uteri; in Folge der schnellen Entleerung des Uterus kann auch eine Hyperämie der Unterleibsorgane und in Folge dieser Anämie des Gehirns und dadurch wiederum Ohnmacht eintreten. Selbstverständlich sind Ohnmachten Gebärender auch ohne Sturzgeburt möglich, sie treten überhaupt viel häufiger ein, als man früher annahm und zwar um so eher, je eigenartiger die häuslichen Verhältnisse und der Gemütszustand der Gebärenden sind.

Verblutungstod aus einer zwar durchschnittenen, aber nicht unterbundenen Nabelschnur tritt zwar häufig, aber keineswegs immer ein, da sich die Nabelarterien schnell kontrahiren. Anderseits sind auch Fälle bekannt geworden, wo trotz Unterbindung der Nabelschnur Verblutung erfolgt ist; die Ursache bildet dann entweder mangelhaft ausgeführte Unterbindung, oder es handelte sich um einen Bluter, oder die Sukkulenz des gehörig unterbundenen Nabelstranges hatte so schnell abgenommen, dass die für die flüssigkeitsreiche Nabelschnur eingerichtete Ligatur zu weit geworden war. Ob die Hebamme in solchem Falle ein Verschulden trifft, wird von der Zeit abhängen, während welcher sie das Neugeborene ausser Augen liess.

Bei Kindesmord sind sämmtliche gewaltsame Todesarten beobachtet worden, die überhaupt vorkommen. Verhältnissmässig häufig ist gewaltsame Erstickung durch Erdrosselung. Auch die Nabelschnur wird hierzu benutzt; der Einwurf, dass es sich in solchem Falle etwa um natürliche Umschlingung des Halses durch die Nabelschnur handeln könnte, wird nach Massgabe der Nabelschnurlänge, ferner unter Berücksichtigung des Umstandes, ob die Geburt heimlich erfolgte, ob eine Ohnmacht die nächste Folge war, welches der Befund an der Marke war u. s. w. zu würdigen sein. Tödtung durch Erwürgen ist gleichfalls eine ziemlich häufige Art des Kindesmordes. Man findet in derartigen Fällen in der Regel nicht wenige, sondern zahlreiche Würgspuren, welche häufig in einander übergehen und breite Vertrocknungen darstellen können, unter denen sich dann zuweilen in der Tiefe frei ergossenes Blut findet. Der

elastische Knorpel des kindlichen Kehlkopfes hält diesen Einwirkungen gegenüber in der Regel stand. Der zuweilen gemachte Einwand, dass es sich nicht um Würgspuren, sondern um Selbsthilfe bei der Geburt handle, ist unter Berücksichtigung des Umstandes zu prüfen, dass Würgspuren in der Längsrichtung des Körpers verlaufen, auf Selbsthilfe gerichtete Manipulationen dagegen quer zur Längsachse des Körpers gerichtete Nageleindrücke hinterlassen. Erfolgt die Selbsthilfe in roher Weise, so ist es nicht ausgeschlossen, dass auch einmal der Tod dabei erfolgen kann.

Eine andere häufig geübte Art des Kindesmordes ist die der Einführung von Fingern oder von Fremdkörpern in den Rachen des Kindes. Der eingeführte Fremdkörper wird sich entweder selbst bei der Sektion noch als Tampon des Rachens vorfinden, oder, falls er entfernt ist, wird die Zunge häufig charakteristisch konfigurirt erscheinen, ohne dass Verletzungen vorhanden sind. Der in den Rachen zum Zwecke des Kindermordes eingeführte Finger hinterlässt stets Spuren; er bohrt sich, da die angewandte Kraft wie gewöhnlich zu gross ist, um den gewollten Zweck zu erreichen, in die Weichtheile ein, so dass man bei der Sektion charakteristische Fingernägeleindrücke, Zerreissungen des Rachens oder Blutergüsse daselbst vorfindet, zumal wenn die früher empfohlene Sektionsmethode der Rachenorgane des Kindes (s. S. 78 Anm. 1) angewendet wird. Auch beim Zuhalten von Mund und Nase werden sich in der Regel Verletzungen des Gesichts vorfinden, aus denen dann ein Rückschluss auf die Art des Todes möglich ist.

Sehr schwierig und nur unter Berücksichtigung aller Momente zu entscheiden ist die Frage, ob ein Kind durch weiche Bedeckungen erstickt ist. Die Dignität der Symptome des Erstickungstodes ist ja keine ausschlaggebende, der Leichenbefund wird uns also hier stets im Stich lassen, wenigstens so weit unsere Kenntnisse bis jetzt reichen. Hoffentlich gelingt es, auch hier verwerthbare Kriterien zu entdecken.

Von anderen in Betracht kommenden Todesarten sind noch besonders Verletzungen durch stumpfe Gewalt mit umschriebener Angriffsfläche zu erwähnen. Treffen solche Gewalten den Schädel, so werden Hautverletzungen die nächste Folge sein. Zu differentiell-diagnostischen Erörterungen können hier die sogenannten kongenitalen Cutisdefekte Veranlassung geben. Dieselben sind entstanden durch fötale Verklebungen des Schädels mit dem Amnion und kommen häufig mit anderen Bildungsanomalieen zusammen vor. Sie finden sich besonders am Kopf, sind haarlos, haben eine rundliche oder unregelmässige Form; in ihrer Umgebung findet sich in einer mehr oder weniger breiten Zone nur spärlicher Wuchs von zartem Flaumhaar; im Uebrigen stellen sie Vertiefungen dar, welche sich allmählich bis zum Niveau der umgebenden Haut erheben.

Bei den Verletzungen der Schädelknochen selbst kommen noch die angeborenen Spaltbildungen

und die Ossifikationsdefekte in Betracht. Erstere finden sich zuweilen an typischen Stellen, so am Hinterhauptsbein, und zwar am rechten und linken Ende der Schuppe und an ihrer Spitze; die Scheitelbeine zeigen nach der Mitte oder nach hinten zu verlaufende. Es wird hier darauf ankommen, ob es sich um Spaltbildungen handelt, deren Ränder zart und dünn sind und nicht um solche, die sich durch Zusammenlegen zu einem ursprünglichen, nicht gespaltenen Knochen ergänzen lassen. Wichtig ist selbstverständlich auch ein Bluterguss in die Schädeldecken, der bei Traumen nie fehlen wird. Ossifikationsdefekte sind ausserordentlich häufig; ein mit Ossifikationsdefekten reichlich ausgestatteter Schädel ist ausserdem disponirt, durch irgend welche leichte Gewalt, so z. B. schon beim Passiren der Geburtswege, frakturirt zu werden; Blutergüsse zwischen die Hirnhäute werden sich dann nicht selten finden. Häufig sind die Ossifikationsdefekte nicht vollkommene Lücken im Knochen, sondern es finden sich nur Verdünnungen der Knochensubstanz dergestalt, dass sich der gegen das Licht gehaltene Knochen ausnimmt, wie eine gefrorene Fensterscheibe, an welcher man mit den Fingern den Reif stellenweise zum Schwinden gebracht hat, wie Skrzeczka dies sehr treffend schildert.

Verletzungen innerer Organe können durch die verschiedensten stumpfen Gewalten zu Stande kommen; Verletzungen durch Schultze'sche Schwingungen wie Leberrupturen, Rippenbrüche u. s. w. haben wenig forensisches Interesse. Erwähnt zu werden verdienen noch die spontan auftretenden Rupturen des Dickdarmes; sie entstehen dadurch, dass durch Anhäufung von Meconium in dem betreffenden Darmabschnitt eine zur Perforation führende Nekrose der Darmwand verursacht wird. Auch angeborene Defektbildungen im Dickdarm kommen vor, ihre Folge ist dann bereits in den ersten Lebenstagen eine tödtliche Peritonitis.

Geburtsverletzungen, d. h. Verletzungen, die durch die Geburt und die mit dieser im Zusammenhang stehenden Manipulationen verursacht worden sind, gehören ebenfalls hierher. Sie haben, soweit es sich um Selbsthilfe handelt, grösseres forensisches Interesse und können in Zerreissungen der Wirbelsäule und Extremitäten bestehen. Die Haut wird bei der Reife nahen Kindern stets starken Widerstand leisten; sie wird dem ausgeübten Zug nur nachgeben, wenn es sich um unreife oder mazerirte Föten handelt. Die bei der Selbsthilfe entstandenen charakteristischen Nageleindrücke auf der Haut des Kindes wurden bereits erwähnt.

Die übrigen bei Kindesmord in Betracht kommenden gewaltsamen Todesarten, bieten zu besonderen Erläuterungen keinen Anlass.

Dritter Theil.

Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit.

Bearbeitet

von

Dr. A. Cramer,

o. ö. Professor an der Universität, Direktor der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt und der psychiatrischen Klinik in Göttingen.

I. Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit im Allgemeinen.[1])

A. Allgemeines.

Als psychiatrischer Sachverständiger kann nur der fungiren, der sich eine genügende fachwissenschaftliche Kenntniss in der Psychiatrie erworben hat. Eine solche lässt sich aber nicht durch litterarische Studien, sondern nur durch die Beobachtung und Untersuchung der Geisteskranken selbst erwerben. Wer sich dabei auf seinen sogenannten gesunden Menschenverstand verlässt und durch „keine Sachkenntniss in seinem Urtheil getrübt ist", wird häufig Fiasko machen.

Bei der Begutachtung in foro handelt es sich nicht darum, in „geistvoller" Weise über die Motive des Verbrechens zu sprechen, sondern lediglich um den Nachweis der Krankheit, der geistigen Erkrankung.

Zum Nachweis der Krankheit dürfen nur die durch die psychiatrische Wissenschaft als charakteristisch und sicher nachgewiesenen Symptome verwandt werden, aus ihnen ist die Krankheit abzuleiten. Streng zu vermeiden sind hierbei nicht bewiesene Theorien und zu individuelle Nomenklaturen. Auch wenn man die wissenschaftliche Diagnose der Krankheit giebt, thut man bei dem starken Schwanken in der psychiatrischen Namengebung am besten, nicht gerade die neuesten termini technici zu wählen. Da es dem Gericht lediglich auf den Nachweis oder den Ausschluss der Krankheit ankommt, ist es höchst überflüssig, sich vor Gericht etwa mit einem anderen Sachverständigen über die Diagnose zu streiten.

Ueberhaupt muss man darauf gefasst sein, dass gelegentlich ein anderer Sachverständiger eine andere Anschauung von

---

[1]) Die III. Abtheilung dieses Buches kann bei der Beschränkung des Raumes nur die markanten Grundzüge der psychiatrischen Sachverständigenthätigkeit bringen. Auf Kasuistik und genauere Detaillirung musste verzichtet werden. Ausführlicher hat Verfasser den Gegenstand und die gesammte gerichtliche Psychiatrie überhaupt in der 2. Auflage seiner gerichtlichen Psychiatrie, Jena bei G. Fischer 1900, behandelt, an welche sich auch die hier vorliegende Darstellung anlehnt.

der Sache hat. Auch in einem solchen Falle ist, wenn überhaupt, höchstens eine streng sachliche Diskussion rathsam. Es ist Aufgabe des Gerichts, darüber schlüssig zu werden, welchem von den differirenden Gutachten es sich anschliessen will; desgleichen bleibt es ihm unbenommen, noch andere Gutachter zu hören, oder von einer Medizinalbehörde ein Gutachten einzufordern.

Auch der psychiatrische Sachverständige muss sich immer daran erinnern, dass er nicht Recht spricht, sondern nur ein unmassgeblicher Gehülfe des Richters zur Erforschung der Wahrheit ist. Seine Thätigkeit ist ebenso wie die jedes anderen Sachverständigen durch das Gerichtsverfassungsgesetz, die Straf- und Zivilprozessordnung geregelt. Ich verweise deshalb auf die allgemeinen über die Sachverständigen-Thätigkeit gemachten Ausführungen; s. S. 10 u. f. Eben da finden sich auch die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen. Gesondert mit dem psychiatrischen Sachverständigen beschäftigt sich keins der erwähnten Gesetze, sondern nur einzelne später zu erwähnende Ministerial-Verfügungen

Die Aufgabe des psychiatrischen Sachverständigen besteht, wie erwähnt darin, zu untersuchen, ob bei dem zu Begutachtenden eine geistige Erkrankung vorhanden ist oder nicht. Lässt sich eine geistige Erkrankung nachweisen, so muss diese Krankheit in einer für den Richter verständlichen Weise geschildert und beschrieben werden. Der Richter muss nach dem Gutachten des Sachverständigen im Stande sein, zu beurtheilen, ob die von dem Sachverständigen geschilderte Geisteskrankheit mit den in Betracht kommenden Rechtsbegriffen der Zivil- oder Strafgesetzgebung in Beziehung gebracht werden muss oder nicht.

Wo in der Zivil- und Strafgesetzgebung von Geisteskrankheit die Rede ist, handelt es sich nicht um eine Geisteskrankheit im wissenschaftlichen Sinne, sondern um eine psychische Anomalie, an die eine bestimmte Bedingung geknüpft ist, die mit dieser psychischen Anomalie einen Rechtsbegriff bildet.

Wie sich der psychiatrische Sachverständige zu dem Wortlaut der diese Rechtsbegriffe ausdrückenden §§ zu verhalten hat, werden wir bei Besprechung der einzelnen gesetzlichen Bestimmungen sehen. Es muss sich daher der Sachverständige mit diesen Bestimmungen bekannt machen und muss auch wissen, was der Gesetzgeber mit ihrem Wortlaut hat sagen wollen.

Die Jurisprudenz und die Psychiatrie sind zwei heterogene Wissenschaften; man wird daher nicht erwarten können, dass die psychiatrischen Begriffe und die Rechtsbegriffe der gesetzlichen Bestimmungen, welche auf Geisteskranke Bezug nehmen, sich decken; man wird sich vielmehr in den meisten Fällen darauf beschränken müssen, zu untersuchen, welche Beziehung zwischen den beiden Begriffen besteht.

Da die Beziehungen der Geisteskranken zur Zivil- und Strafgesetzgebung gesetzlich fixirt sind, ist es durchaus nicht gestattet, dass der Sachverständige ein Gutachten abgiebt im

Sinne von Beziehungen, welche gesetzlich nicht vorgesehen sind, d. h. im Sinne einer zu erstrebenden oder gewünschten gesetzlichen Bestimmung. (Vergl. geminderte Zurechnungsfähigkeit, moralische Idiotie.)

B. Das Gutachten des psychiatrischen Sachverständigen.

Allgemein ist zu bemerken, dass für das psychiatrische Gutachten dieselben Gesichtspunkte gelten, wie wir sie für das Sachverständigen-Gutachten kennen gelernt haben.

Das psychiatrische Gutachten wird abgegeben auf Grund all' der Thatsachen, welche uns aus den Akten, den Verhandlungen und aus dem Ergebniss der wissenschaftlichen Untersuchung und Beobachtung des zu Begutachtenden bekannt geworden sind.

In jedem Falle ist es besser, wenn irgend möglich vor Abgabe eines Gutachtens von den Akten Einsicht zu nehmen. Auch während der Verhandlung scheue sich der Sachverständige nicht, wo immer er hofft, eine neue Thatsache feststellen zu können, Fragen an den Angeschuldigten resp. Angeklagten oder zu Entmündigenden und an die Zeugen zu richten, allerdings bedarf er dazu der Erlaubnis des Vorsitzenden des Gerichtshofes.

Ich spreche ausdrücklich immer nur von Thatsachen, weil der psychiatrische Sachverständige sich hüten muss, gestützt auf unsichere Beobachtungen und vage Vermuthungen ein Gutachten abzugeben.

Bei dem Studium der Akten sind alle die Aeusserungen des zu Untersuchenden, der Zeugen und eventuell auch der Sachverständigen zu beachten und zu notiren, welche auf eine geistige Störung hinweisen.

Die Aussagen des Untersuchten sind nicht wörtlich als solche anzusehen, wie sie in den Protokollen sich angegeben finden. Häufig finden wir als Aussage eines Angeschuldigten, der kaum im Stande ist, ein paar Worte zusammenhängend zu sprechen, eine flottfliessende Erzählung protokollirt. Der Richter will mit dem Protokoll die Aussagen der Angeschuldigten prägnant fixiren, es kommt ihm nur in einzelnen Fällen auf die wörtliche Wiedergabe an; für die Sachverständigen dagegen hat häufig die wörtliche Wiedergabe grossen Werth.

Sehr wichtig sind alle Angaben, welche sich auf Krampfzustände beziehen. Die eigenen Aussagen der zu begutachtenden Person dürfen in dieser Beziehung nur mit einer gewissen Vorsicht in Betracht gezogen werden. Dagegen können Beobachtungen von einwandsfreien Zeugen zur Beurtheilung jener Angaben oft von grossem Werthe sein.

Auch alle die Aussagen, welche z. B. den Thäter in seinem Verhalten kurz vor oder nach der That oder zur Zeit der Begehung der That schildern, sind sehr zu beachten. Meist wird ja die strafbare Handlung ohne Zeugen begangen. In solchen Fällen kann das Verhalten des Angeschuldigten vor und nach der That

zur Beurtheilung seines Geisteszustandes zur Zeit der Begehung der That von grossem Werthe sein.

Aus den Akten müssen alle Momente gesammelt werden, welche auf das Vorleben, die Kindheit, die Eltern und die Verwandschaft des zu Begutachtenden hinweisen, wo immer angängig bei Vernehmungen, bei der Verhandlung, sind diese Daten noch nach Möglichkeit zu ergänzen; denn sie können zur Beurtheilung des Geisteszustandes wichtige Anhaltspunkte liefern.

Die Untersuchung und Beobachtung eines Menschen mit zweifelhaftem Geisteszustand wird ganz unter denselben Gesichtspunkten vorgenommen, wie die Beobachtung und Untersuchung, welche wir zur Feststellung oder Ausschliessung einer anderen Krankheit vornehmen.

Zunächst sehen wir uns den zu Untersuchenden an, achten dabei z. B. auf den Gesichtsausdruck, stellen fest, ob abnorme Bewegungserscheinungen bestehen, z. B. Zittern, Krämpfe und dergleichen, und orientiren uns über das Aeussere des Kranken im Allgemeinen. Fängt dieser an zu reden, so lasse man ihn sprechen. Enthalten die spontanen Aeusserungen pathologische Elemente, so haben sie einen viel grösseren diagnostischen Werth als die auf Krankheit deutenden Aeusserungen, welche erst auf Befragen festgestellt werden. Hat der zu Begutachtende keine Neigung zu längeren Expektorationen, so kommt man oft dadurch zum Ziel, dass man ihn seinen Lebenslauf schreiben lässt.

Geduld ist bei allen Gemüthszustands-Untersuchungen die erste Bedingung!

Nie versäume man eine exakte körperliche Untersuchung; sie giebt uns oft wichtige diagnostische Zeichen!

Am besten geht man bei der psychischen und körperlichen Untersuchung nach einem bestimmten Schema vor; man ist dann am sichersten, dass man nichts übersieht und vergisst. Am Schluss dieses Bandes ist ein derartiges Muster mitgetheilt.

II. Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit in Strafsachen.

Im Strafgesetzbuch und in der Strafprozessordnung für das Deutsche Reich finden sich eine ganze Reihe von Bestimmungen, mit denen sich der, welcher als psychiatrischer Sachverständiger fungiren will, bekannt machen muss.

A. Strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit.

Das Strafgesetzbuch hat sich auf den Standpunkt gestellt, dass ein Mensch, der in einem bestimmten Grade geisteskrank ist, ein Verbrechen nicht begehen kann. Dieser Grundsatz kommt zum Ausdruck in dem § 51, der von besonderer Wichtigkeit ist; denn die Frage, ob ein Mensch im Sinne dieses § geisteskrank ist, beschäftigt ganz besonders häufig den Sachverständigen. Es thut daher jeder, der als solcher fungiren will, gut, den § 51 wörtlich seinem Gedächtniss einzuprägen. Er lautet:

§ 51. „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande der Bewusstlosigkeit, oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

In den Motiven zum Strafgesetzbuch heisst es dazu:

„Bei der gewählten Fassung des Paragraphen hat man zugleich mit den Schlussworten desselben ausdrücken wollen, dass die Schlussfolgerung selbst, nach welcher die freie Willensbestimmung in Beziehung auf die Handlung ausgeschlossen war, die Aufgabe des Richters ist."[1])

Es zerfällt also der Paragraph im Sinne der Gesetzgeber in zwei Theile:

1. in die Frage, ob ein Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit vorliegt und
2. in die Frage, ob die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist.[2])

[1]) Stenographische Berichte des Reichstages für den Norddeutschen Bund 1870. III. Band; Anlagen 1—12. p. 55.

[2]) Es genügt dabei keineswegs die blosse Unfähigkeit zur freien Willensbestimmung einem Anreize gegenüber, es muss vielmehr die freie Willensbe-

Die erste Frage ist vom Sachverständigen, die zweite vom Richter zu beantworten. Dieser Anschauung haben sich hervorragende Rechtslehrer angeschlossen und viele Sachverständige haben danach verfahren; auch die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen hat in dieser Form Gutachten abgegeben, ja einzelne Autoren (Mendel) lehnen es geradezu ab, die Frage nach der freien Willensbestimmung zu beantworten.

Wird man in der Praxis, was häufig vorkommt, nach einem ausführlichen Gutachten über den Geisteszustand direkt danach gefragt, ob die freie Willensbestimmung vorhanden sei oder nicht, so kann der Arzt diese Frage streng genommen als Sachverständiger gar nicht beantworten, sondern nur seine private Ansicht darüber äussern; denn die ärztliche, speziell die psychiatrische Wissenschaft hat mit dem nicht naturwissenschaftlichen Begriff einer freien Willensbestimmung nichts zu thun, sie kennt nur die Krankheit und ihre Symptome.

Immerhin kann aber die Thatsache, dass der Arzt als Berater und Gehülfe des Richters zum Sachverständigen berufen wird und moralisch verpflichtet ist, diesem mit allen Mitteln zur Bildung des Urtheils behülflich zu sein, Veranlassung geben, auch die Frage nach der freien Willensbestimmung noch zu beantworten. (Jolly.) Das Endurtheil, ob der § 51 in Anwendung zu ziehen ist oder nicht, steht dagegen nicht dem Arzt, sondern dem Richter zu; denn jedes Wort des § 51 ist zugleich ein Rechtsbegriff. Der Richter ist durchaus nicht gezwungen, sich an den Rath resp. das Gutachten des Arztes zu halten.

Die Hauptaufgabe des Sachverständigen ist somit die, zu untersuchen, ob ein Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit vorhanden ist oder nicht.

1. Zustand von Bewusstlosigkeit.

Nicht alle Zustände von Bewusstlosigkeit fallen unter das Gebiet der psychiatrischen Sachverständigen-Thätigkeit. Es kann z. B. im höchsten Affekt ohne irgend welche krankhaften Motive vorkommen, dass eine strafbare Handlung begangen wird. Das Verhalten der betreffenden Individuen während und nach der That zeigt, dass sie „gänzlich von Sinnen" waren, wie der juristisch-technische Ausdruck lautet; nachher fehlt auch mehr oder weniger die Erinnerung an das Vorgefallene. Die Entscheidung über solche Fälle muss lediglich dem Richter überlassen bleiben.

Neben diesen noch in die Breite der Gesundheit fallenden, aber doch der Grenze des Pathologischen sich bereits nähernden

---

stimmung durch einen Zustand der Bewusstlosigkeit oder krankhaften Störung der Geistesthätigkeit ausgeschlossen sein. Urth. d. R. G. vom 14. September 1886, zitirt nach einem Vortrage von Döhn: Bemerkungen über die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit, insbesondere über den § 51 des Str. G. B. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; Band 56, S. 442).

Zuständen von Bewusstlosigkeit kennt die psychiatrische Wissenschaft eine grosse Reihe von solchen, welche auf ausgesprochen krankhafter Basis entstehen.

In den Bereich der psychiatrischen Sachverständigen-Thätigkeit fällt ein Zustand von Bewusstlosigkeit nur dann, wenn eine pathologische Grundlage sich nachweisen lässt.

Derartige Zustände von Reden und Handeln ohne Bewusstsein können vorübergehend im Verlauf fast einer jeden Seelenstörung auftreten, am häufigsten und nicht selten am schwierigsten zu beurtheilen sind sie bei der Epilepsie und den verwandten Zuständen. Man darf die fehlende Erinnerung nicht strikte als das Criterium der Bewusstlosigkeit ansehen. Es kann das Bewusstsein mehr oder weniger allmählich oder plötzlich verschwinden, längere oder kürzere Zeit erloschen sein und mehr oder weniger allmählich oder plötzlich wieder zurückkehren. Je nach der Phase dieser Zustandsveränderung, in welche die strafbare Handlung fällt, ist die Erinnerung vollständig oder nur partiell erloschen. Dementsprechend weist Berner darauf hin, dass es sich nicht in allen Fällen um eine Bewusstlosigkeit an sich zu handeln braucht, sondern dass schon eine Störung des Bewusstseins genügt. Diese muss allerdings derart sein, dass im besonderen Falle die Folgen des Thuns nicht mehr erfasst werden können. Das Fehlen der Erinnerung allein genügt somit zum Nachweis der Krankheit nicht; es muss vielmehr nachgewiesen werden, dass eine Krankheit die Amnesie verursacht hat.

Unter den Zuständen von Bewusstlosigkeit, welche hier in Betracht kommen, werden in den Motiven und Kommentaren[1]) zum Strafgesetzbuch aufgeführt: Die Trunkenheit, die Schlaftrunkenheit, die Fieberdelirien, die abnormen Zustände der Gebärenden, das Nachtwandeln, der abnorme Zustand bei gewissen Vergiftungen etc.

Im Allgemeinen finden wir, abgesehen vom höchsten Affekt (Furcht, Angst, Schreck etc.) transitorische Bewusstseinstörungen kaum ohne eine besondere pathologische Grundlage. Ich will hier schon kurz auf die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Gebärenden eingehen, weil sie nicht selten vorkommen, ohne dass der Psychiater eine psychopathische Grundlage nachweisen kann, und weil weiter öfter versucht wird, den Mord eines Kindes nach der Geburt mit einem pathologischen Zustand zu exkulpiren.

Es ist bekannt, dass nicht selten der Geburtsakt bei weniger widerstandsfähigen Individuen, namentlich bei solchen der gebildeten Stände, und besonders im Moment des Durchschneidens des Kopfes eine hochgradige Erregung, welche mit einer transitorischen Bewusstseinsstörung verbunden sein kann, herbeiführt. Bei ausserehelichen Geburten, bei denen häufig

---

[1]) Oppenhoff: Das Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich. 12. Aufl. 1891. p. 138. — H. Rudorff: Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich. 4. Aufl. Herausgegeben von Stenglein. Berlin bei Guttentag. 1892.

Kindesmord direkt in und nach der Geburt vorgenommen wird, ist das Motiv der That in dem gänzlichen Unvermögen, für das Kind sorgen zu können, gegeben. Nehmen wir noch hierzu die Schmerzen und die Veränderungen in der Blutzirkulation, die der Geburtsakt mit sich bringt, sowie das Gefühl der gänzlichen Verlassenheit, der Schande etc., so sind damit eine ganze Reihe Momente gegeben, welche den Kindesmord seitens der ausserehelich Gebärenden in milderem Lichte erscheinen lassen. Der Gesetzgeber hat deshalb auch im § 217 d. Str. G. B. eine verhältnissmässig milde Strafe vorgesehen.

Haben wir einen Fall vor uns, bei dem sich keinerlei andere psychopathische Erscheinungen nachweisen und keine besonderen Schädlichkeiten auffinden lassen, so ist damit noch nicht ausgeschlossen, dass zur Zeit der Begehung der That ein Zustand transitorischer Bewusstseinsstörung bestanden hat, aber der psychiatrische Sachverständige ist ausser Stande, ein dahingehendes Gutachten abzugeben, weil der Nachweis der Krankheit nicht zu führen ist. Es würde sich hier mehr empfehlen, einen Gynäkologen als Sachverständigen zu hören.[1])

Der Somnambulismus, das Nachtwandeln und die Traumzustände, spielen an sich nicht die grosse Rolle, welche ihnen in Laienkreisen vindizirt wird. Es handelt sich fast stets um auch in anderer Weise kranke Individuen (Epileptische, Hysterische, Schwachsinnige). Wenn es auch nicht bestritten werden soll, dass vielleicht in einzelnen Fällen, namentlich bei jugendlichen Individuen Nachtwandeln vorkommt, ohne dass andere psychopathische Erscheinungen sich auffinden lassen, so sind doch kaum Beobachtungen bekannt, in denen in einem solchen Falle ein Verbrechen begangen wäre.

Es ist hier der Platz, kurz auf die strafrechtliche Bedeutung der Hypnose einzugehen.

Die Hypnose kann auf zweierlei Weise zu einem Verbrechen führen, entweder wird an der willenlosen, hypnotisirten Person selbst ein Verbrechen begangen, oder es wird das hypnotisirte Individuum zu einem Verbrechen benützt.

Die Fälle der ersten Gruppe sind zahlreich beobachtet, auch sind Verurtheilungen bekannt. Es fragt sich indessen bei solchen Fällen immer: Ist es in der That die Hypnose oder sie allein gewesen, welche den Zustand von Willenlosigkeit oder Bewusstlosigkeit herbeigeführt hat?

Bei der Beurtheilung von Fällen, in denen es sich um ein Verbrechen, begangen an einer angeblich infolge von Hypnose „willenlosen“ Person handelt, ist zu beachten, dass es eine grosse Reihe leicht bestimmbarer Personen giebt, welche auch ohne Hypnose sich der Willkür eines Anderen blind unterordnen, und dass dieses blinde Willfahren um so leichter eintritt, je mehr die Absicht des Herrschenden den Begierden des Beherrschten entspricht. Ferner kommt in Betracht, dass auch bei längerer hypnotischer Dressur sich nicht selten die

[1]) Vergl. die beiden Fälle in meiner gerichtl. Psychiatrie; l. c., S. 33.

Hypnotisirten sträuben, Dinge vorzunehmen, welche mit ihren gesammten bisherigen moralischen Anschauungen im Gegensatze stehen (z. B. sexuelle Hingabe).

Es bedarf also bei Beurtheilung derartiger Fälle einer sehr genauen Kenntniss der Individualität nicht nur der Person, welche das Verbrechen begangen hat, sondern auch desjenigen, an dem das Verbrechen begangen ist, und endlich des Verhältnisses Beider zu einander.

Einwandsfreie Fälle der zweiten Gruppe kenne ich nicht, auch habe ich von einer Verurtheilung in einem solchen Falle noch nicht gehört. Wohl aber ist es bekannt, dass leicht bestimmbare Individuen so sehr von geistig überlegenen und klug berechnenden Menschen beherrscht werden können, dass sie auch ohne Hypnose, ohne Zaudern ein schweres Verbrechen begehen.

Im Gegensatz hierzu machen die Hypnotiseure die Beobachtung, dass auch ein hypnotisch gut dressirtes Individuum bei einer kriminellen Suggestion versagt.

Allgemein ist dabei zu bemerken, dass der Arzt ohne eigene Erfahrung auf dem Gebiete des Hypnotismus am besten ein Gutachten über derartige Fälle ablehnt. Sehr weit verbreitet ist eine genaue Kenntniss der hypnotisirten Zustände in der ärztlichen Welt nicht; an einer ganzen Reihe von psychiatrischen Kliniken hat man bereits seit Jahren auf die Anwendung der Hypnose verzichtet.

Wie wenig auch auf die Aussage eines Hypnotisirten gegeben werden kann, wie vollkommen traumhaft perzipirte Dinge dabei eine Rolle spielen können, beweist der neuerdings von v. Schrenck-Notzing[1]) mitgetheilte Fall.

Es bedarf also sowohl für den Richter, als den ärztlichen Sachverständigen, falls er sich entschliesst, in solchen Fällen sein Gutachten abzugeben, der grössten Vorsicht und einer sehr sorgfältigen Prüfung aller in Betracht kommenden Verhältnisse.[2])

2. Krankhafte Störung der Geistesthätigkeit.

Eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit wird nachgewiesen auf Grund der Lehren der psychiatrischen Wissenschaft. In ausgesprochenen Fällen von Geisteskrankheit ist dieser Nachweis nicht schwer zu führen. Schwieriger gestaltet sich die Frage, wenn das Individuum zur Zeit der Begehung der

---

[1]) v. Schrenck-Notzing: Das angebliche Sittlichkeitsvergehen des Dr. K. an einem hypnotisirten Kinde. Ztschr. f. Hypnotismus; Bd. VIII, Heft 4; 1898.

[2]) Vergl. Bernheimer: Die Hypnose in ihren Beziehungen zur Medizinalgesetzgebung und zu den Geisteskranken. XII. Intern. med. Kongress. Ref. Neurolog. Zentralbl. 1897; S. 869. In einem Artikel von Liégeries: La question des suggestions criminelles (Journ. de Neurologie et d'Hypnologie; 1898, No. 2) wird das Gegentheil von dem zu beweisen gesucht, was ich hier ausführe; die nach Delboef zitirten Beispiele, sowie der Umstand, dass die Belegfälle z. T. aus den 60er Jahren herbeigeholt werden, zeigen, wie zweifelhaft die ganze Frage noch ist. Siehe auch Becker, Ganser, Theurich, forensisch-psych. Vereinigung Dresden. Allgem. Zeitschr. f. Psych.; 1897, S. 881.

That zwar geisteskrank war, zur Zeit der Verhandlung und Beobachtung aber wieder genesen ist; denn die Zeugenaussagen enthalten nur selten gute Beobachtungen in dieser Beziehung. Es hängt daher vom Zufall ab, ob besonders markante Symptome aufgefallen sind oder nicht. Ebenso verhält es sich bei Zuständen rasch vorübergehender krankhafter Störung der Geistesthätigkeit.

Ferner kann oft die Entscheidung schwierig sein, wenn ein Individuum eine strafbare Handlung vornimmt im Beginne einer psychischen Erkrankung, zu einer Zeit, als die Krankheit für den Laien noch nicht bemerkbar war; es können hier Fälle vorkommen, wo dem Sachverständigen ausser einem „non liquet" nichts übrig bleibt.

Wenn irgend möglich, muss dieser allerdings bequeme Ausweg vermieden werden. Am einfachsten liegen die Verhältnisse für den Sachverständigen, wenn der Angeklagte nachweislich schon vor der That geisteskrank war und geisteskrank geblieben ist. Schwieriger ist, wie erwähnt, die Beurtheilung der Fälle, wo eine nur vorübergehende Geisteskrankheit bestanden hat. Hier handelt es sich um den Nachweis, dass der krankhafte Zustand zur Zeit der Begehung der That bestanden hat.

3. Strafmündigkeit. Jugendliche Verbrecher.

Es giebt, wie wir sehen werden, eine grosse Zahl von Geisteskranken, bei welchen in Folge einer Entwicklungshemmung des Gehirns die intellektuellen Fähigkeiten nur in sehr beschränkter Weise zur Ausbildung kommen können. In diesen Fällen empfiehlt es sich, abgesehen von dem Nachweis der Krankheit, der mit der Feststellung der mangelhaften intellektuellen Entwicklung schon gegeben ist, auch den Grad der intellektuellen Schwäche den nachstehenden gesetzlichen Vorschriften gemäss zu bestimmen.

Ein Mensch, der in Folge einer Entwicklungshemmung des Gehirns in seiner Intelligenz noch hinter einem 12jährigen Kinde zurücksteht, wird dem § 55 entsprechend für seine Handlungen nicht zur Rechenschaft gezogen werden können. Ebenso wird man häufig Gelegenheit haben, bei minder beschränkter Intelligenz sich auf den § 56 zu beziehen.

Es ist aber hierbei zu bemerken, dass diese Beziehung auf die Intelligenz eines Kindes nur zur Erläuterung dient. Straffrei macht nur die Krankheit z. B. die Idiotie.

Die in Betracht kommenden Paragraphen des Strafgesetzbuches lauten:

§ 55. „Wer bei Begehung einer Handlung das zwölfte Lebensjahr nicht vollendet hat, kann wegen derselben nicht strafrechtlich verfolgt werden.

§ 56. Ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das zwölfte, aber nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, ist frei zusprechen, wenn er bei Begehung derselben die zur Erkenntniss ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besitzt.

§ 57. Wenn ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das zwölfte, aber nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, bei Begehung derselben die zur Erkenntniss ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besass, so kommen gegen ihn folgende Bestimmungen in Anwendung:

1. Ist die Handlung mit dem Tode oder lebenslänglichem Zuchhaus bedroht, so ist auf Gefängniss von 3—15 Jahren zu erkennen;
2. ist die Handlung mit lebenslänglicher Festungshaft bedroht, so ist auf Festungshaft von 3—15 Jahren zu erkennen;
3. ist die Handlung mit Zuchthaus oder einer anderen Strafart bedroht, so ist die Strafe zwischen dem gesetzlichen Mindestbetrage der angedrohten Strafart und der Hälfte des Höchstbetrages der angedrohten Strafe zu bestimmen. Ist die so bestimmte Strafe Zuchthaus, so tritt Gefängnissstrafe von gleicher Dauer an ihre Stelle;
4. ist die Handlung ein Vergehen oder eine Uebertretung, so kann in besonders leichten Fällen auf Verweis erkannt werden."

Ein Mensch, der das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann also bei einem Konflikte mit dem Strafgesetzbuch strafrechtlich nicht verfolgt werden.

Aber auch ein Angeschuldigter, der das zwölfte, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat, muss freigesprochen werden, wenn ihm die zur Erkenntniss der Strafbarkeit seiner Handlung nothwendige Einsicht fehlt, und ein Mensch, der zwar diese Einsicht besitzt, und das zwölfte, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat, wird milder bestraft, als einer, der das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat.

Erst mit vollendetem zwölften Lebensjahr beginnt für einen Menschen die Möglichkeit einer Bestrafung, aber in strafrechtlichem Sinne völlig erwachsen ist der Mensch erst mit dem vollendeten achtzehnten Lebensjahr.

Im strafrechtlichen Sinne ist dementsprechend der Mensch weit früher erwachsen als im zivilrechtlichen Sinne, weil eine grössere Summe von Erfahrungen und Einzelkenntnissen nothwendig ist, um im bürgerlichen Leben seine Rechte zu vertreten und seine Pflichten zu erfüllen, als sie das Strafgesetz mit seinen leicht fasslichen und bei normalem Gang der Entwickelung und Erziehung leicht zu folgenden Normen voraussetzt. Im medizinischen Sinne ist also strafrechtlich ein Individuum bereits mündig, bevor die Gehirn-Entwicklung abgeschlossen ist, zivilrechtlich erst nach voller Entwicklung des Gehirns.

Dabei ist stets darauf zu achten, dass die in höherem oder geringerem Grade von Geburt an schwachsinnigen Menschen im Rausch und im Affekt meist ganz anders reagiren, als normale Menschen.

Der Gesetzgeber hat keine schroffe Grenze zwischen der strafrechtlichen Unmündigkeit und Mündigkeit gezogen, sondern er hat versucht, der vom zwölften bis zum achtzehnten Lebensjahr noch rasch und gewaltig, aber bei den einzelnen Individuen in verschiedenem Grade, sich entwickelnden Intelligenz Rechnung zu tragen.

Die Individuen zwischen vollendetem zwölften und nicht vollendetem achtzehnten Lebensjahr werden graduell danach verschieden beurtheilt, ob das Vorhandensein der zur Erkenntniss der Strafbarkeit der Handlung nothwendigen Einsicht angenommen wird oder nicht; im ersteren Falle erfolgt keine Bestrafung, im letzteren Falle eine mildere.

Die zur Erkenntniss der Strafbarkeit einer Handlung nothwendige Einsicht ist ein rein juristischer Begriff; trotzdem wird häufig die Sachverständige auch hiernach gefragt. Der Sachverständige kann, genau genommen, als Arzt sich ein Urtheil darüber nicht bilden; er kann nnr nach allgemein menschlichen Erfahrungsthatsachen, welche nicht auf ärztlichem Gebiet liegen, sich darüber äussern. Immerhin ist es für den Sachverständigen interessant zu wissen, was in juristischem Sinne darunter verstanden wird: Nicht Gesetzeskenntniss, d. h. die Einsicht für die Erkenntniss, unter welches Strafgesetz die Handlung falle, wird verlangt, sondern nur, dass der Jugendliche (Taubstumme) die Einsicht besitze, zu erkennen, dass sein unkorrektes Handeln kriminell strafbar sei. Es ist weiter nicht Erforderniss, dass er die Strafbarkeit erkannt hat, sondern nur, dass er sie erkennen konnte. Das Vermögen zum Erkennen, ein bestimmter Grad von Verstandesentwicklung, wird gefordert. Dieses Vermögen ist dann vorhanden, wenn der Thäter im Stande gewesen ist, zu erkennen, dass seine Pflicht die Unterlassung der speziellen Handlung fordere, und er durch Begehung derselben einer Kriminalstrafe sich aussetzte. Eine Erkenntnissfähigkeit in Ansehung der Qualifikationsmomente, der grösseren oder geringeren Strafbarkeit der That wird nicht gefordert.

Etwas ganz Anderes ist es dagegen, wenn der Jugendliche (Taubstumme) zwar die Strafbarkeit einer Handlung in der gewöhnlichsten und einfachsten Gestalt einzusehen im Stande wäre, nicht aber die Strafbarkeit der nämlichen Handlung in einer durch das Hinzutreten eines besonderen Merkmals modifizirten Gestalt. (Beispiel aus § 187 St.-G.-B., Störung des Gottesdienstes; Urth. d. R.-G., III. Str.-S., am 18. Januar 1882; Entsch. V, S. 394.[1])

Auch für die Taubstummen ist von der Einsicht in die Strafbarkeit der Handlung die Rede:

§ 58. „Ein Taubstummer, welcher die zur Erkenntniss der Strafbarkeit einer von ihm begangenen Handlung erforderliche Einsicht nicht besass, ist freizusprechen."

Die Ursachen der Taubstummheit sind verschieden. Sie kann veranlasst sein durch eine Erkrankung der Zentren des Gehirns, welche dem Hören als anatomisches Substrakt dienen, und durch Erkrankungen des inneren Ohres. Auch kann eine Kombination beider Erkrankungen vorliegen. Ist eine Erkrankung der Zentralorgane vorhanden, wird leicht auch das übrige Gehirn in Mitleidenschaft gezogen.

Wir finden daher neben geistig hochstehenden Taubstummen

[1]) Becker; l. c., S. 192.

auch, und zwar häufig, idiotische und epileptische Individuen mit verbrecherischen Antrieben.

Menschen, welche zwischen vollendetem zwölften und achtzehnten Lebensjahre mit dem St.-G.-B. in Konflikt kommen, nennt man jugendliche Verbrecher. Durch Allerhöchsten Erlass vom 23. Oktober 1895 ist in Preussen eine bedingte Begnadigung namentlich für diese jugendlichen Verbrecher ermöglicht:

„Auf Ihren Bericht vom 15. Oktober ermächtige ich Sie (Justizminister) solchen zu Freiheitsstrafen verurtheilten Personen, hinsichtlich derer bei längerer guter Führung eine Begnadigung in Aussicht genommen werden kann, nach Ihrem Ermessen Aussetzung der Strafvollstreckung zu bewilligen, indem ich in den dazu geeigneten Fällen demnächst Ihren Bericht wegen Erlasses oder Milderung der Strafen entgegensehe. Von dieser Ermächtigung soll vornehmlich nur zu Gunsten solcher erstmalig verurtheilten Personen Gebrauch gemacht werden, welche zur Zeit der Begehung der That das achtzehnte Lebensjahr nicht vollendet hatten und gegen welche nicht auf eine längere als sechsmonatliche Strafe erkannt ist. (Preuss. Just. Min. Bl.; 1895, S. 348.)[1])

Bei diesem Erlass handelt es sich im Wesentlichen darum, dass vornehmlich bei jugendlichen Verbrechern, bei denen die Strafe nicht über 6 Monate beträgt, zunächst eine Aussetzung der Strafvollstreckung und bei guter Führung eine Begnadigung erfolgen kann. Es ist dieser Erlass ein grosser Fortschritt; denn gerade die bedingte Strafaussetzung führt bei wenig widerstandsfähigen Individuen die nöthigen Hemmungen herbei, sodass weitere Konflikte mit dem St.-G.-B. für längere oder kürzere Zeit oder ganz vermieden werden. Sehr erwünscht wäre, und zwar aus rein ärztlichen Gründen, wenn auch bei höheren Strafen der Erlass Gültigkeit hätte.

Das Alter der jugendlichen Verbrecher ist das der Pubertät. Häufig ist der erste klinische Ausdruck einer in der Pubertät auftretenden pathologischen Entwicklung der geistigen Thätigkeit ein Konflikt mit dem Strafgesetzbuch. Die unter normalen Verhältnissen schon in der Pubertät vorhandene Neigung zu Delikten bedarf nur eines geringen Anstosses, um zur Entladung zu kommen.

Fällt nun der Konflikt mit dem Strafgesetzbuch in den Anfang der Pubertät, so kann die eventuell zu Grunde liegende Krankheit noch gar nicht soweit entwickelt sein, dass wir sie nachweisen können. Es ist das vielmehr oft erst später möglich, wenn das betreffende Individuum 15, 16, 17 Jahre alt geworden ist. Wir sehen infolge dessen nicht selten, namentlich männliche Individuen, welche im Beginn der Pubertät verurtheilt werden und später im 17., 18. Lebensjahre bei Begehung derselben Delikte wegen Schwachsinns oder einer ausgesprochenen Seelenstörung freigesprochen werden.

Die gegenwärtig vielfach diskutirte, reichsgesetzlich zu regelnde Zwangserziehung wird hoffentlich nicht lange mehr auf

[1]) Mewes: Die bedingte Begnadigung in ihrer in Preussen durch den Allerhöchsten Erlass vom 23. Okt. 1895 gegebenen Gestalt. Goltd. Arch. f. Strafr.; Jhrg. 44, 1896, S. 1.

sich warten lassen, nachdem bereits der § 1666 B.-G.-B.[1]) sich sehr scharf über die Fürsorge verwahrloster Kinder ausspricht.[2])

Vorläufig haben wir also für die Zeit der Pubertät in der bedingten Strafaussetzung und Begnadigung ein Mittel, die Bestrafung eines, möglicher Weise im Beginn einer geistigen Erkrankung stehenden Individuums zu vermeiden. Lässt sich bei der Begutachtung jugendlicher Verbrecher eine manifeste Geisteskrankheit nicht erkennen, wird man besser Beobachtung in einer Anstalt auf Grund des § 81 der St.P.O. beantragen. Unbedingt muss dieses geschehen, wenn eine erhebliche Belastung und einzelne psychopathische Symptome vorliegen.[3])

4. Geminderte Zurechnungsfähigkeit.

Wie überall in der organischen Natur, so giebt es auch zwischen geistiger Gesundheit und geistiger Krankheit keine schroffe Grenze, sondern einen ganz allmählichen Uebergang.

Auf dieser Thatsache fussend, ist von einzelnen Autoren versucht worden, bei Beantwortung der Fragen, die der § 51 stellt, eine geminderte Zurechnungsfähigkeit einzuführen, auch ist neuerdings wieder eine stärkere Bewegung im Gange, welche darauf dringt, den Begriff einer geminderten Zurechnungsfähigkeit einzuführen. Wenn auch die ganze Frage noch nicht spruchreif ist, so ist doch dieser Bewegung eine gewisse Berechtigung nicht abzusprechen.[4])

Es ist indessen nicht gestattet, im Tenor des Gutachtens von einer geminderten Zurechnungsfähigkeit zu sprechen; denn das gegenwärtig bestehende Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich kennt eine solche nicht. Der Richter, der auf dem Boden des bestehenden und nicht des zu erstrebenden Rechts steht, weiss damit nichts anzufangen; er kann daher von einem Gutachten mit einem derartigen Tenor keinen Gebrauch machen.

Durch die Thatsache, dass das St.G.B. keine Rücksicht auf minder zurechnungsfähige Personen nimmt, sind diese Fälle nicht aus der Welt geschafft; sie kommen zweifelsohne vor.

---

[1]) § 1666 B. G. B. lautet: „Wird das geistige oder leibliche Wohl der Kinder dadurch gefährdet, dass der Vater das Recht der Sorge für die Person des Kindes missbraucht, das Kind vernachlässigt oder sich eines ehrlosen oder unsittlichen Verhaltens schuldig macht, so hat das Vormundschaftsgericht die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Massregeln zu treffen. Das Vormundschaftsgericht kann insbesondere anordnen, dass das Kind zum Zwecke der Erziehung in einer geeigneten Familie oder in einer Erziehungsanstalt untergebracht wird.

Hat der Vater das Recht des Kindes auf Gewährung des Unterhalts verletzt, und ist für die Zukunft eine erhebliche Gefährdung des Unterhalts zu besorgen, so kann dem Vater auch die Vermögensverwaltung sowie Nutzniessung entzogen werden."

Vergl. auch J. Schreiber, Ueber die Nothwendigkeit eines Zwangserziehungsgesetzes. Kaiserslautern 1898, bei Krusius.

[2]) Inzwischen ist das Gesetz „über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger" erschienen. Vergl. Wittig: Gesetz über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger; Breslau 1901.

[3]) Vergl. auch Ferriani: Minderjährige Verbrecher. Deutsch von Buhrmann. Berlin; 1896. Verlag von Cronbach.

[4]) Vergl. auch meine gerichtliche Psychiatrie; l. c., S. 29.

Wir müssen also untersuchen, wie wir uns in den Fällen zu verhalten haben, bei denen weder geistige Gesundheit, noch eine ausgesprochene geistige Erkrankung besteht, d. h. wir müssen uns damit bekannt machen, wie auf dem Boden der bestehenden Gesetzgebung diese Grenzfälle zu behandeln sind.

Zu diesen Grenzfällen gehören alle diejenigen Individuen, für welche zum Theil die geminderte Zurechnungsfähigkeit in Anspruch genommen wird, nämlich die schwer belasteten Menschen mit schwankendem, leicht erregbarem und leicht bestimmbarem Wesen, und gelegentlich auftretenden Zwangszuständen (die Instablen nach Magnan), die Neurasthenischen und Hysterischen, die in mehr oder weniger auffälligem Grade Schwachsinnigen, Fälle von Epilepsie mit seltenen Anfällen. Menschen, welche psychopathisch minderwerthig (Koch) geworden sind, in Folge eines Schrecks, eines Traumes (Schlag, Stoss, Fall) oder anderen Ursachen (körperliche Erkrankung) u. s. w. Weiter kommen in Betracht die Menschen mit einer organischen Hirnerkrankung (Apoplexie, Hirngeschwulst, Echinococcus, Cysticercus [Blasenwurm] des Gehirns), Menschen, welche einer Vergiftung (durch Alkohol, Morphium, Cocain, Blei u. s. w.) ausgesetzt gewesen sind.

Es ist schwer, generelle Regeln für die Beurtheilung dieser Fälle aufzustellen. Es kommt hier wesentlich darauf an, den einzelnen Fall in's Auge zu fassen und sorgfältig auf alle Momente zu achten, welche zur Zeit der Begehung der That auf das einzelne Individuum eingewirkt haben. Eine grosse Zahl dieser Individuen reagirt auf einen Affekt in einer pathologischen Weise; andere wieder werden durch den Alkohol oder anderer Gifte in pathologischer Weise beeinflusst und nicht selten wirken mehrere solcher Momente zur Zeit der Begehung der That kombinirt ein, so dass wir alsdann, ohne den Dingen Zwang anzuthun, für die Zeit zur Begehung der That eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 des St.-G.-B. annehmen können. Auf diese Weise werden wir einer grossen Zahl dieser sogenannten Grenzfälle auch ohne gemilderter Zurechnungsfähigkeit gerecht werden können. Immerhin dürfen wir auch nicht zu weit gehen, sondern müssen in jedem einzelnen Falle sorgfältig alle Momente abwägen.

Es ist unmöglich ganz generell diesen Individuen die Zurechnungsfähigkeit abzusprechen, oder auch nur sie generell als gemildert zurechnungsfähig anzusehen. Man denke nur an die weitere Konsequenz, wenn nun auch zivilrechtlich von einer Unzurechnungsfähigkeit in solchen Fällen gesprochen werden sollte. So gern diese Individuen im einzelnen Falle von dem Strafrichter sich für unzurechnungsfähig erklären lassen, so gross ist die Entrüstung, wenn generell ihre zivilrechtliche Zurechnungsfähigkeit in Zweifel gezogen wird.[1])

[1]) Dass eine strafrechtliche Unzurechnungsfähigkeit noch nicht eine zivilrechtliche bedingt, wird später erörtert.

Vergl. auch meine Abhandlung: Die Behandlung der Grenzzustände in foro nebst einigen Bemerkungen über die geminderte Zurechnungsfähigkeit. Berl. klinische Wochenschr.; 1900, No. 47, S. 48.

Bei Besprechung der forensischen Bedeutung der einzelnen Krankheitsformen wird noch genauer auf diese Verhältnisse zurückgekommen werden.

Auch wenn sich nicht nachweisen lässt, dass ausschliesslich krankhafte Motive das Thun eines Menschen beherrscht haben, wenn sich z. B. nur eine pathologisch bedingte leichtere Bestimmbarkeit nachweisen lässt, ist es möglich, diesen Fällen einigermassen gerecht zu werden. Meist kann dies unter Annahme mildernder Umstände geschehen. Auch unter den 177 Vergehen und Verbrechen, bei welchen mildernde Umstände nicht zulässig sind, hat es der Richter in der Hand, da ein Strafminimum überhaupt nicht gegeben ist, mit 1 Tag Freiheitsstrafe oder 3 Mark zu bestrafen. Bei weiteren 29 Delikten, welche hierher zu rechnen sind, schwankt das Strafminimum von einer Woche bis zu 3 Monaten Gefängniss resp. Festungshaft. Auch für die Meineidsparagraphen lässt sich in den Fahrlässigkeitsparagraphen ein Ersatz für die mildernden Umstände suchen. Nur bei einer kleinen Anzahl von Verbrechen, bei welchen der Tod oder schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, ist es nicht möglich, auf eine der erwähnten Weisen eine Milderung im Strafmass herbeizuführen (Mendel). Leider sind das gerade Verbrechen, welche von den an der Grenze physischer Gesundheit und Krankheit stehenden Individuen gelegentlich auch begangen werden.

Kann der Sachverständige einen der Zustände, wie sie der § 51 vorsieht, nicht nachweisen, wohl aber allerlei psychopathische und nervöse Erscheinungen, welche den Angeschuldigten als weniger widerstandsfähig, leichter bestimmbar und dergleichen erscheinen lassen, so ist es seine Pflicht, diese Momente, wenn auch nicht im Tenor des Gutachtens, so doch bei Entwicklung der Untersuchungsresultate deutlich hervorzuheben.

Der Richter und die Geschworenen gehen meist auf derartige Bemerkungen ein; auch die Vertheidigung thut dies und macht davon meist einen ausgiebigen, leider oft übertriebenen Gebrauch. In einzelnen Fällen kann es erlaubt sein, zu sagen, wenn in dem Strafgesetzbuch eine geminderte Zurechnungsfähigkeit sich vorfände, so sei dies ein Individuum, dessen Geisteszustand unter diese Kategorie gehöre. Nicht erlaubt dagegen ist im Tenor eines Gutachtens von einer geminderten Zurechnungsfähigkeit in bestimmter Form zu sprechen.

8. Missbrauch geisteskranker Personen zum Beischlaf.

Verhältnissmässig nicht selten beschäftigt der § 176 des St.G.B., wonach der Missbrauch „einer in einem willenlosen oder bewusstlosen Zustande befindlichen oder einer geisteskranken Frauensperson zum ausserehelichen Beischlafe", mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren bestraft wird, den psychiatrischen Sachverständigen. Es

handelt sich hier lediglich um die Frage, ob die betreffende Frauensperson zu der Zeit, als das Attentat an ihr verübt wurde, geisteskrank war oder nicht. Denn die Frage, ob es sich um einen willenlosen Zustand gehandelt hat, gehört streng genommen nicht in den Bereich der psychiatrischen Sachverständigenthätigkeit, es ist ja ausdrücklich neben der Willenlosen die geisteskranke Person erwähnt.

Es wird auch gar nicht vorausgesetzt, dass die geisteskranke Frauensperson in einem willenlosen oder bewusstlosen Zustande war. Es genügt die Feststellung der Geisteskrankheit allein zum Thatbestand (Rüdorf). Unter Geisteskrankheit sind auch Schwachsinn bezw. Blödsinn begriffen (Oppenhoff und Urth. d. R. G. I. Str. S., vom 30. November 1881; Entsch. VII, S. 425). Ein äusserlich als Einwilligung zum Beischlaf erscheinendes Verhalten einer geisteskranken Person schliesst den Begriff „Missbrauch" derselben zum Beischlafe nicht aus, denn die Einwilligung ist keine freie, sondern der Ausfluss des geistig krankhaften Zustandes (Becker, sowie Entsch. d. R. G., Bd. VII, S. 425.)·

Wird bei dieser Gelegenheit an den Sachverständigen die Frage gerichtet, ob der Angeklagte habe merken müssen, dass sein Opfer geisteskrank sei, so kann der Sachverständige aus naheliegenden Gründen diese Frage wissenschaftlich nicht entscheiden, er kann also auch gutachtlich sich nicht darüber äussern. Dagegen ist dem Sachverständigen unbenommen, seine private Meinung darüber bekannt zu geben.

Es wird behauptet, dass es möglich sei, durch die Hypnose Jemanden in einen völlig willenlosen Zustand zu versetzen. Würde an einer solchen willenlosen hypnotisirten Person ohne ihre vorherige Einwilligung der Beischlaf vollzogen, so käme der § 176 in Betracht. (Vergl. vorher; S. 322.)

C. Geisteskrankheit in Folge einer Körperverletzung.

Nach dem § 224 des St. G. B. ist, falls eine Körperverletzung zur Folge hat, dass der Verletzte in Geisteskrankheit verfällt, auf Zuchthaus bis zu 5 Jahren, oder Gefängniss nicht unter einem Jahre zu erkennen; ist die vorbezeichnete Folge beabsichtigt und eingetreten, so ist nach § 225 des St. G. B.) auf Zuchthaus von 2 bis zu 10 Jahren zu erkennen. Die Beurtheilung der hier in Betracht kommenden Fälle, d. h. die Entscheidung der Frage, ob Jemand in Folge einer Körperverletzung geisteskrank geworden ist, macht oft grosse Schwierigkeiten.

Die Ursachen geistiger Störung sind lange noch nicht aufgeklärt, wir können aus der Diagnose einer Seelenstörung noch nicht auf ihre Ursache schliessen. Auch die Ursache erlaubt noch keinen Schluss auf die Form der Seelenstörung, es gilt durchaus nicht der Satz: „Gleiche Ursachen, gleiche Wirkungen." Meist kommen mehrere ätologische Momente zusammen, und das Konkurriren der schädlichen Ursachen löst die

Psychose aus. Bei schwerer Belastung bedarf es z. B. oft nur eines geringen Anstosses, bis die Psychose losbricht.

Meist handelt es sich um bereits geisteskranke Individuen, oder um Menschen, bei denen eine starke Disposition zu einer geistigen Erkrankung vorhanden ist, so dass also die im § 224 vorgesehenen Schädlichkeiten nur eine Verschlimmerung der bestehenden Krankheit, oder ein Ausbruch der Krankheit bei der vorhandenen Disposition herbeiführen können. Es kann in diesen Fällen nur davon gesprochen werden, dass die Körperverletzung der Anlass, aber nicht die Ursache des vorgefundenen Zustandes ist. Im Allgemeinen ist diese Thatsache zu bedauern, weil sie die Sache für den Angeklagten in zu mildem Lichte erscheinen lässt; denn es werden gelegentlich geistig zurückgebliebene oder geisteskranke Iudividuen in geradezu bestialischer Weise von ihren Angehörigen misshandelt.

D. Strafrechtliche Verantwortung des Irrenarztes.

Auf Grund der sogenannten „Fahrlässigkeitsparagraphen" des Strafgesetzbuches (§§ 222[1]) u. 230[2])) können die Personen, also auch die Irrenärzte, durch deren eventuelle Fahrlässigkeit die Entlassung oder Entweichung eines gefährlichen Geisteskranken möglich wurde, zur strafrechtlichen Verantwortung gezogen werden[3]), wenn ein Unglück passirt. Auch für ein Unglück, das einem Kranken in der Anstalt zustösst, kann der Arzt auf Grund jener Bestimmungen verantwortlich gemacht werden, z. B. der dirigirende Arzt einer Anstalt, wenn ein in der Anstalt untergebrachter Kranker einen anderen todtschlägt. In jeder grösseren Irrenanstalt werden bei sogenannten gefährlichen Kranken alle Momente überlegt, um einem Unglück vorzubeugen; voraussehen lässt sich aber eine gewaltthätige Handlung eines Geisteskranken unter allen Umständen nicht. Bei der zum Wohle der übrigen Kranken eingeführten freien Behandlung der Geisteskranken muss auch dem gefährlichen Kranken eine freiere Bewegung gewährt werden, weil sie sich dadurch bessern und damit ihre Gefährlichkeit verlieren können. Entweichungen sind in Folge dessen nur zu vermeiden, wenn wir die Geisteskranken nicht als Kranke behandeln, sondern wie Verbrecher hinter Schloss und Riegel bringen. Das ist aber im Interesse einer rationellen Behandlung nicht möglich.

Es müsste also eine schon sehr grobe und kaum denkbare Vernachlässigung der Pflichten eines Irrenarztes vorliegen, wenn die §§ 222 oder 230 zur Anwendung kommen sollten.

---

[1]) Siehe S. 135.
[2]) Siehe S. 103.
[3]) Aschaffenburg: Die Verantwortlichkeit des Irrenarztes. Allgemeine Zeitschr. f. Psych.; Bd. 56, S. 72.

E. Verhandlungs-, Zeugniss- und Eidesfähigkeit eines Geisteskranken.

Die Strafprozessordnung für das Deutsche Reich beschäftigt sich verschiedentlich mit Geisteskranken und Geisteskrankheit. Es kommt nicht selten vor, dass ein Angeklagter, bei dem schon eine gewisse Disposition zu einer geistigen Erkrankung vorhanden ist, in Folge der Aufregungen, welche das Strafverfahren mit sich bringt, aus Reue und Scham u. s. w., geistig erkrankt.

In solchen Fällen kann der psychiatrische Sachverständige nach der Verhandlungsfähigkeit des Angeschuldigten gefragt werden, d. h. es wird an den Sachverständigen die Frage gerichtet, ob gegen den Angeschuldigten verhandelt werden kann oder nicht, denn der § 203 der Strafprozessordnung bestimmt:

„Vorläufige Einstellung des Verfahrens kann beschlossen werden, wenn dem weiteren Verfahren Abwesenheit des Angeschuldigten oder der Umstand entgegensteht, dass derselbe nach der That in Geisteskrankheit verfallen ist."

Es kann also im Allgemeinen gegen einen Geisteskranken nicht verhandelt werden.

Bei partieller Geistesstörung aber, die auf einzelne fixe Ideen oder falsche Vorstellungen beschränkt ist, soll der Richter indessen mit dem Angeklagten strafgerichtlich verhandeln können, wenn dieser im Uebrigen im Stande ist, seine Interessen und Rechte vernünftig zu vertreten und seine Vertheidigung in verständlicher und verständiger Weise zu führen (Urth. d. R.-Ger., III. Str.-S., vom 17. Januar 1880 (Entsch., I., S. 149), Feriensenats, vom 25. Juli 1896, II. Str., vom 8. Januar 1897 (Entsch. XXIX, S. 324). (Löwe[1]), Becker[2]).)

Es liegt also ein Hinderniss nicht der Erhebung, wohl aber der Durchführung der Strafklage vor, wenn die Geisteskrankheit so schwer ist, dass die vorstehenden Bedingungen nicht erfüllt sind, d. h. dass der Angeschuldigte in Folge seiner Geisteskrankheit seine Interessen nicht mehr verfechten kann.[3])

Durch das Vorhandensein von Zweifeln über den Geisteszustand wird die Hauptverhandlung nicht unstatthaft, im Gegentheil, es kann Aufklärung durch die Hauptverhandlung kommen.[3])

Bei Grenzfällen wird in der Regel vorausgesetzt, dass Verhandlungsfähigkeit besteht. Zuweilen wird den Sachverständigen vor Eintritt in die Hauptversammlung die Vorfrage gestellt, ob der Angeschuldigte verhandlungsfähig ist. Es liegt alsdann sowohl im Interesse der Rechtspflege, als auch des Angeschuldigten, dass der Gutachter, wo er es nur immer mit seinem Gewissen vereinigen kann, den Angeschuldigten auf Grund seiner bisherigen Beobachtungen für verhandlungsfähig erklärt (Leppmann[4])).

---

[1]) Löwe u. Stenglein: Strafprozessordnung. 9. Aufl.; S. 480.
[2]) Becker, l. c., S. 193.
[3]) Löwe, l. c.; S. 480.
[4]) Leppmann: Sachverständigenthätigkeit bei Seelenstörungen.

In juristisch zweifelhaften Fällen ist es für den Beschuldigten von grossem Interesse, dass seine Unschuld erwiesen wird oder nicht; das kann aber nur geschehen, wenn gegen ihn verhandelt wird.

Ein psychiatrisch-wissenschaftlicher Begriff ist die Verhandlungsfähigkeit streng genommen nicht, immerhin giebt es aber eine ganze Reihe von Geisteskranken, welche im Stande sind, formell richtig zu denken und auch sich und ihre Lage richtig zu beurtheilen, solange ein bestimmter Kreis krankhafter Ueberzeugungen nicht berührt wird.

Stellt sich während der Hauptverhandlung heraus, dass die Aussagen des Angeklagten von krankhaften Momenten beeinflusst werden, so kann der Sachverständige in seiner Begutachtung darauf aufmerksam machen; denn gerade für die Personen, die zur Zeit der Begehung der That weder an einem Zustand von Bewusstlosigkeit noch krankhafter Störung der Geistesthätigkeit gelitten haben und erst während der Untersuchung in Geisteskrankheit verfallen sind, ist der § 203 der Strafprozessordnung geschaffen.

Allgemein ist auch hierzu bemerken, dass die Beurtheilung der Verhandlungsfähigkeit lediglich dem erkennenden Richter zusteht, in dessen Ermessen es auch steht, ob er einen Sachverständigen fragen will oder nicht.[1])

Aehnlich wie mit der Verhandlungsfähigkeit verhält es sich auch mit der Zeugniss- und Eidesfähigkeit. Es ist lediglich Sache des Gerichts, darüber zu befinden, ob ein Mensch als Zeuge vernommen und beeidigt werden soll. Auch in dieser Frage ist es dem Richter vollständig freigestellt, ob er einen Sachverständigen hören will oder nicht.

Die Strafprozessordnung bestimmt:

§ 56. „Unbeeidigt sind zu vernehmen:

1. Personen, welche zur Zeit der Vernehmung das sechzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung eines Eides keine Vorstellung haben."

§ 250. „Ist ein Zeuge, Sachverständiger ... in Geisteskrankheit verfallen, so kann das Protokoll über seine frühere richterliche Vernehmung verlesen werden."

In der Zivilprozessordnung finden sich in § 393 gleichlautend dieselben Bestimmungen, wie im § 56 der St.P.O.

Es gelten deshalb die nachfolgenden Bemerkungen auch für die zivilrechtliche Zeugnissfähigkeit.

Hat ein Individuum noch nicht die Intelligenz eines 16jährigen, so wird der Richter von seiner Vereidigung Abstand nehmen, ebenso, wenn ausgesprochene Geisteskrankheit besteht. Damit ist aber noch nicht gesagt, dass der Richter auf die Aussagen solcher Individuen verzichtet. Inwieweit den Aussagen schwachsinniger und Geisteskranker Glauben geschenkt werden darf, darüber zu entscheiden ist Sache des Richters.

Ueberhaupt ist hier zu bemerken, dass die Strafprozess-

---

[1]) Vergl. Urth. d. R.-G. vom 8. Januar 1897, Entsch. XXIV, S. 324, sowie Allgem. Zeitschr. f. Psych.; Bd. 54, S. 731.

ordnung Niemand für unfähig erklärt, als Zeuge vernommen zu werden. Die Frage, ob die zu vernehmende Person befähigt sei, resp. gewesen sei, richtige Wahrnehmungen zu machen, das Wahrgenommene richtig aufzufassen, zu beurtheilen und wiederzugeben, ist der freien Entscheidung des Richters überlassen. Es ist demnach auch die Vernehmung von Geisteskranken nicht ausgeschlossen.[1])

Selbstverständlich wird, wie das auch Leppmann betont, von der Vernehmung eines hochgradig erregten Geisteskranken stets Abstand genommen werden. Auch wenn durch die Vernehmung des Kranken die Gesundheit geschädigt wird, muss ebenfalls auf die Vernehmung verzichtet werden.

Auch ob ein als Zeuge vernommener Geisteskranker vereidigt wird, was nicht ausgeschlossen ist, hängt vollständig von dem Ermessen des Richters ab.

Die ungenügende Vorstellung des Zeugen von den Rechten des Eides schliesst die Beeidigung nur aus, wenn sie auf Mangel an Verstandesreife oder auf Verstandesschwäche beruht. Eine sonstige Geistesschwäche, welche die Vorstellung des Zeugen von dem Wesen des Eides nicht beeinflusst, z. B. Geistesschwäche und unter diesen Umständen selbst Geisteskrankheit, schliessen die Beeidigung nicht aus. (Urth. d. R.-Ger., IV. St.-S. am 5. November 1889; Entsch. XX, S. 60).

Häufig wird vor der Entscheidung der Frage, ob ein Zeuge, dessen Geisteszustand zweifelhaft ist, vernehmungs- oder eidesfähig ist, ein Sachverständiger gehört, dessen Aufgabe demnach darin besteht, nachzuweisen, ob der Zeuge durch krankhafte Momente in seiner Aussage beeinflusst ist oder nicht. Ob der Zeuge die Wahrheit spricht, kann der Sachverständige selbstverständlich nicht entscheiden.

F. Strafvollzug bei Geisteskranken.

Auch für den Fall ist Fürsorge getroffen, dass ein Verurtheilter in Geisteskrankheit verfällt; denn vor der Entscheidung über die Strafvollzugsfähigkeit wird in der Regel ein Sachverständiger gehört. Die beiden Paragraphen der St. P. O., welche hierauf Bezug nehmen, sind folgende:

§ 485 Absatz 2. „An schwangeren oder geisteskranken Personen darf ein Todesurtheil nicht vollstreckt werden.

§ 487. Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurtheilte in Geisteskrankheit verfällt."

Ein weiterer Kommentar zu diesen Paragraphen ist überflüssig; es ist ganz allgemein von Geisteskrankheit die Rede, eine besondere Bedingung ist an diese Geisteskrankheit nicht geknüpft. Nur sei dieses Eine bemerkt, dass im § 487 ausdrücklich nur von einer Freiheitsstrafe die Rede ist; es kann somit an einem zu einer Geldstrafe Verurtheilten, der nach der Verurtheilung in Geisteskrankheit verfallen ist, die Strafe vollstreckt werden.

[1]) Löwe; l. c., S. 271.

6. Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt. Verbrecherische Geisteskranke und geisteskranke Verbrecher. Simulation von Geisteskrankheit.

Es liegt in der Natur der Sache, dass es nicht immer gelingt, wenn man den Angeschuldigten in der Hauptversammlung zum ersten Mal sieht, zu einem bestimmten Resultat darüber zu gelangen, ob ein Angeklagter geisteskrank ist oder nicht.

Auch die mehrmalige Untersuchung und Beobachtung eines Angeschuldigten in den Tagen vor der Hauptverhandlung oder während der Voruntersuchung im Gefängniss oder zu Hause führt oft nicht zu einem abschliessenden Urtheil.

Der Gesetzgeber hat solche Fälle vorausgesehen und die Möglichkeit gegeben, in entsprechenden zweifelhaften Fällen Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt auf Grund des § 81 St. P. O.[1]) zu beantragen.

Dieser § kommt weniger bei den akuten als bei den chronischen Geisteskrankheiten in Betracht; ferner bei den Fällen, in denen Simulation versucht wird, und bei allen den Zuständen von Geistesstörung, welche mehr in die Grenzgebiete fallen.

Der Antrag kann in jedem Stadium des Strafprozesses gestellt werden.

Die Anstaltsbeobachtung ist nur auf Antrag eines Sachverständigen und unter Zustimmung der Vertheidigung und nach einen entsprechenden Gerichtsbeschluss möglich. Die Beobachtung kann auch dann stattfinden, wenn es sich um einen der Zustände handelt, in dem sich der Angeklagte zur Zeit der Begehung der That befunden hat, also auch wenn der Angeklagte zur Zeit der Verhandlung nicht geisteskrank ist.

Die wiederholte Verwahrung eines Angeklagten in einer Irrenanstalt zur Vorbereitung einer nach § 81 St.P.O. für nothwendig befundenen Begutachtung über den Geisteszustand ist nicht mehr zulässig, wenn die zur Vorbereitung des früheren Gutachtens auf Grund des § 81 St.P.O. angeordnete Unterbringung bereits 6 Wochen gedauert hat. Die Bestimmung, dass die Verwahrung 6 Wochen nicht übersteigen darf, erstreckt sich auf das gesammte, für nothwendig erachtete Gutachtenmaterial, gleichviel, ob dasselbe aus einer oder aus mehreren, aus früheren oder neuen Beobachtungen besteht. Die gesammte Begutachtung bildet ein einheitliches Material. (Urth. des R.-G., I. Str.-S., vom 1. Mai 1890 (Entsch. XX., S. 378), I. Str.-S. vom 13. Juli 1892 (Entsch. XXIII, S. 209), I. Str.-S. vom 8. Juli 1895 (Entsch. XXVII, S. 343)[2]).

Eine Entweichung eines auf Grund § 81 St.P.O. untergebrachten Strafgefangenen, welche durch Fahrlässigkeit eines

---

[1]) Siehe S. 19.

[2]) Vergl. auch Becker, l. c.

Wärters bedingt ist, kann auf Grund § 121 des St.G.B. zu Bestrafung des Wärter Veranlassung geben (Entsch. d. R.-G., Bd. XIX, S. 330.)

Es sei nochmals ausdrücklich betont, dass das Gericht allein die Entscheidung hat über die Frage, ob ein Angeklagter beobachtet werden soll oder nicht. Nach meinen Erfahrungen wird es allerdings selten vorkommen, dass das Gericht nicht entsprechend einem gut begründeten Antrag eines Sachverständigen beschliesst.

Geisteskrankheit kann also auf folgende Weise mit den strafrechtlichen Bestimmungen in Beziehung treten.

1. Eine zur Zeit der Begehung der That bestehende Geisteskrankheit schliesst die Strafbarkeit einer Handlung aus.

2. Verfällt ein Angeklagter während der Hauptverhandlung in Geisteskrankheit, so kann nur unter gewissen Bedingungen weiter verhandelt werden oder wenn der Angeklagte von seiner Geisteskrankheit genesen ist. Ist die Geisteskrankheit unheilbar, so ist die Möglichkeit einer Verhandlung ausgeschlossen. Das Verfahren wird eingestellt.

3. Geisteskrankheit tritt nach der Verurtheilung oder während des Strafvollzuges ein; alsdann ist der Strafvollzug für die Dauer der Geisteskrankheit zu unterbrechen.

4. Geisteskrankheit kann nach dem Ermessen des Richters die Zeugniss- und Eidesfähigkeit ausschliessen.

5. Es kann ein zweifelhafter Geisteszustand vorhanden sein und Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt nach § 81 St. P. O. beschlossen werden.

Die Individuen, welche unter die erste Gruppe fallen, sind Geisteskranke, welche mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt kommen, verbrecherische Geisteskranke.

Die der zweiten und dritten Gruppe angehörigen Menschen sind Verbrecher, welche geistig erkranken, geisteskranke Verbrecher.

Bevor man sich entschliesst, einen geisteskranken Verbrecher für unheilbar zu erklären, überlege man sehr vorsichtig; denn es giebt bei den Verbrechern auch heilbare Psychosen.

Die auf Grund des § 81 zur Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt Untergebrachten und die geisteskranken Verbrecher machen bei der meist bei diesen Individuen vorhandenen Neigung zum Komplottiren und zum Entweichen bei ihrem Aufenthalt in den Irrenanstalten viele Schwierigkeiten und stören nicht selten die Behandlung der anderen Geisteskranken, weil sie eine schärfere Ueberwachung und Beaufsichtigung und strengere Verwahrung erfordern. Entweicht trotzdem ein derartiges Individuum, so ist in Preussen der Anstaltsvorstand nach dem Runderlass des Ministers der usw. Med. Angel. und des Innern vom 2. August 1899 zur Anzeige bei der zuständigen Staatsanwaltschaft verpflichtet. Der Erlass lautet:

„Die Umstände, unter welchen der wegen schwerer Einbruchsdiebstähle zur gerichtlichen Untersuchung gezogene, aber nach Feststellung seiner Unzurechnungsfähigkeit aus der Untersuchungshaft entlassene und später auch ausser Verfolgung gesetzte Geisteskranke B. in die Irrenanstalt zu E. untergebracht

worden ist, musste es unbedingt angezeigt erscheinen lassen, der Königlichen Staatsanwaltschaft zu W., auf deren Veranlassung die Unterbringung erfolgte, von dem Entweichen des Genannten aus der Anstalt sofort Mittheilung zu machen.

Wenn der Anstaltsdirektor in seinem Schreiben an den Landesdirektor vom 12. November v. J. sich darauf beruft, dass keine Bestimmung bestehe, welche ihn zu einer solchen Anzeige verpflichte, dass vielmehr auch von der Entlassung eines Irren aus der Anstalt der Staatsanwaltschaft lediglich nur „aus gutem Willen" seitens der Anstaltsdirektion Mittheilung gemacht werde, so mag diese Auffassung in dem Mangel entsprechender Vorschriften des Anstalts-Reglements und sonstiger allgemeiner Bestimmungen ihre Entschuldigung finden. Es muss indessen dieser Umstand Veranlassung geben, baldthunlichst für die Beseitigung dieses Mangels Sorge zu tragen. Das, was in dem Zirkularerlasse vom 24. September 1880 wegen der Staatsanwaltschaft zu machenden Anzeige von der Aufnahme eines Irren in eine öffentliche Irrenanstalt angeordnet ist, muss entsprechend der im § 13 des Runderlasses vom 20. September 1895 (Min. Bl. 1895, S. 271) für Privat-Irrenanstalten erlassenen Vorschrift auch für die Entlassung von Geisteskranken aus den öffentlichen Anstalten Platz greifen. Insbesondere erscheint eine solche Anzeige geboten, wenn es sich um Irre handelt, welche verbrecherischer Handlungen beschuldigt sind, aber ihres krankhaften Zustandes wegen aus der gerichtlichen Untersuchungshaft haben entlassen werden müssen. In noch höherem Grade erweist sich die Nothwendigkeit der Anzeige, wenn ein derartiger Kranker aus der Anstalt entwichen ist.

Sofern die Anstalts-Reglements dahingehende Vorschriften nicht enthalten, so werden entsprechende Anordnungen in polizeilichem Interesse von Aufsichtswegen getroffen werden müssen.

Im Uebrigen giebt uns der vorliegende Bericht zu folgenden Bemerkungen Anlass:

Werden Personen, die wegen Verbrechen oder Vergehen zur gerichtlichen Untersuchung gezogen sind, nach Feststellung ihrer Unzurechnungsfähigkeit in Folge Geisteskrankheit ausser Verfolgung gesetzt und, aus der Untersuchungshaft entlassen, der Polizeibehörde überwiesen, so hat diese zunächst zu prüfen, ob die Unterbringung der Kranken, sei es in ihrem eigenen Interesse, sei es im Falle der Gemeingefährlichkeit, im Interesse der Gesammtheit, in einer Irrenanstalt erforderlich ist. Liegt, wie dies in vielen der in Rede stehenden Fälle zutrifft, Gemeingefährlichkeit vor, so sind die Provinzen — in der dortigen Provinz die kommunalständischen Verbände der Regierungsbezirke — gesetzlich verpflichtet, die Aufnahme solcher Irren in einer Anstalt zu bewirken, welche die zur Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranken nöthigen Einrichtungen bietet und mit dem zur Bewachung solcher Kranken nöthigen Wärterpersonal versehen ist. Dabei bleibt die Art der Unterbringung im einzelnen Falle der sachverständigen Beurtheilung der leitenden Anstaltsärzte überlassen. Jedoch wird nicht ausser Acht zu lassen sein, dass, wenn auch entlassene Untersuchungsgefangene im Allgemeinen anderen Irren gleichzuachten sind, dennoch in vielen Fällen wegen der besonderen Art der Gemeingefährlichkeit namentlich bei dem Vorhandensein verbrecherischer Neigungen eine besondere Ueberwachung derselben auch innerhalb der Irrenanstalt unvermeidlich ist.

Sind die hierzu erforderlichen Einrichtungen — in den öffentlichen Anstalten der dortigen Provinz — nicht in genügendem Masse vorhanden, so haben die kommunalständischen Bezirksverbände die gesetzliche Verpflichtung, solche zu beschaffen oder die Benutzung anderer geeigneter öffentlicher Anstalten in dem, dem Bedürfnisse entsprechenden Masse sicher zu stellen.

Einer besonderen gesetzlichen Regelung bedarf dieser Gegenstand bei dem Bestehen ausreichender gesetzlichen Bestimmungen nicht mehr.

Nicht selten werden wir es bei einem Gutachten in Strafsachen mit dem Verdacht auf Simulation zu thun haben. Simulation wird am häufigsten von geisteskranken Individuen versucht. Geisteskranke simuliren Simulation (Möli). Bestimmte allgemeine Kennzeichen der Simulation giebt es nicht. Dass bei einer sechswöchentlichen Anstaltsbeobachtung eine Simulation nicht nachgewiesen wird, ist äusserst selten. Uebertreibt ein zu Untersuchender einzelne Erscheinungen, so kann er trotzdem geisteskrank sein. Schwierig ist die Entscheidung, wenn der Angeschuldigte hochgradige Apathie und totalen Blödsinn zu simuliren versucht, wenn er garnicht spricht. Kennt auch die psychiatrische Wissenschaft noch allerlei besondere klinische Kennzeichen der krankhaften Zustände, welche zu totaler Sprachlosigkeit führen, so ist doch eine rasche Entscheidung fast immer unmöglich. Längere Beobachtung mit anscheinender Nichtbeachtung lässt diese Individuen in der Regel aus der Rolle fallen. Wird Schwachsinn simulirt und dabei gesprochen, so ist die Entlarvung in der Regel leicht, weil zu stark übertrieben wird. Simulation ist anzunehmen, wenn nachgewiesen wird, dass die anscheinend krankhaften Handlungen oder Aeusserungen nicht unter den von der psychiatrischen Wissenschaft festgestellten charakteristischen Begleiterscheinungen auftreten.

Aber nicht jede Abweichung vom regulären Verlauf eines Krankheitsbildes berechtigen uns zur Diagnose Simulation (Möli). Auch wenn ein Mensch zugiebt, dass er simulirt, ist damit noch nicht erwiesen, dass er nicht geisteskrank ist. (Krell)[1].

In sehr schwierigen Fällen kann man ein vom ethischen Standpunkt aus allerdings zu verurtheilendes, aber doch gelegentlich zum Ziele führendes Mittel versuchen: Fast in jeder Anstalt finden sich geisteskranke Verbrecher mit starken ethischen Defekten. Ohne jeden moralischen Halt, wie diese Kranken sind, geben sie sich gerne dazu her, wenn man ihnen ein Geschenk in Aussicht stellt, dem zu Beobachtenden klar zu machen, dass die Aerzte ihn nur dann für geisteskrank hielten, wenn er bestimmte Dinge ausführe, z. B. zur Zeit der ärztlichen Visite laut lachen, oder sich alle paar Minuten im Kreise herumdrehe etc. Folgt der zu Beobachtende diesen Rathschlägen, so ist zwar noch nicht erwiesen, dass er nicht geisteskrank ist, aber man ist doch insofern einen grossen Schritt weiter, als man weiss, dass Simulation, zum mindesten Uebertreibung, vorliegt.

[1]) F. Siemens: Zur Frage der Simulation von Seelenstörungen. Arch. f. Psych.; Bd. XIV, Heft 1. Vergl. auch Krell: Ueber Simulation und Dissimulation von Geistesstörungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych.; Bd. 56, S. 454. Daselbst findet sich auch eine eingehende Litteratur: Möli, Siemerling, v. Krafft-Ebing und Andere.

III. Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit in Zivilsachen.

A. Entmündigung.

Die gesetzlichen Grundlagen und Bestimmungen, auf Grund deren in Zivilprozessen entschieden wird, finden sich in dem bürgerlichen Gesetzbuch für das Deutsche Reich. Nach § 1 B. G. B. beginnt die Rechtsfähigkeit eines Menschen mit der Vollendung der Geburt.

Zivilrechtlich mündig wird der Mensch nach § 2 des B. G. B. mit der Vollendung des einundzwanzigsten Lebensjahres.

Es tritt also die zivilrechtliche Mündigkeit um 3 Jahre später ein als die strafrechtliche Mündigkeit.

Die Rechte des zivilrechtlich Mündigen können im Sinne des B. G. B. durch eine psychische Anomalie in der verschiedensten Weise beeinträchtigt oder ganz ausgeschlossen werden.

Hindert eine geistige Erkrankung einen Menschen mehr oder wenig vollständig an der Ausübung und dem Wahrnehmen seiner Rechte, so kann die Entmündigung eintreten. § 6 des B. G. B. bestimmt

„Entmündigt kann werden:

1. Wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.
2. Wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt.
3. Wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheit nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt, oder die Sicherheit anderer gefährdet.

Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung wegfällt."

1. Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche.

Der § 6 Absatz 2 spricht von zwei Arten psychischer Anomalie, von Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Diese Be-

griffe sind im Sinne des Gesetzes nicht rein medizinischer Art.[1]) Weder die Geisteskrankheit, noch die Geistesschwäche für sich allein genügt, um die Entmündigung zu begründen; hinzukommen muss, dass der geistig Gestörte in Folge der Geisteskrankheit oder der Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.[2])

Die beiden Begriffe stehen zu den medizinischen Begriffen dieses Namens in einem gewissen Widerspruch. Sie sind auch in ihrer Abgrenzung gegeneinander nur verständlich vom juristischen Begriff der Geschäftsfähigkeit aus. Massgebend für die Unterscheidung kann im Sinne des Gesetzes nur der Grad der geistigen Anomalie sein, nicht der Grund und die Art derselben. Für die Bestimmung des Grades sind die Folgen mit in Betracht zu ziehen, die sich nach den Bestimmungen des Gesetzes an die Rechtsbegriffe der Geisteskrankheit und Geistesschwäche knüpfen. Die erstere hat volle Geschäftsunfähigkeit, die letztere nur Beschränkung der Geschäftsfähigkeit zur Folge. Der Grad der geistigen Anomalie, welcher als Geisteskrankheit zu betrachten ist, muss also ein solcher sein, dass er dazu berechtigt, die volle Geschäftsunfähigkeit eintreten zu lassen. Diese tritt nach § 104 B. G. B. ein bei einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist. In Fällen dieser Art wird man immer eine Geisteskrankheit im Sinne des § 6 anzunehmen haben.[3])

Den rechtlichen Folgen nach hat die „Geisteskrankheit" ihr juristisches Aequivalent im Zustande des Kindes unter 5 Jahren das heisst, der wegen Geisteskrankheit Entmündigte ist gänzlich geschäftsunfähig, während der wegen Geistesschwäche Entmündigte noch eine beschränkte Geschäftsfähigkeit, die Geschäftsfähigkeit eines Minderjährigen besitzt.

Das Gesetz hat also nicht die natürlichen Eigenschaften der Geistesstörung, sondern deren Relation zu dem juristischen Begriff der Handlungsfähigkeit zum Ausgangspunkt gemacht und sich somit an keine medicinische Nomenklatur gebunden.[4])

Ganz allgemein und laienhaft ausgedrückt ist unter Geisteskrankheit im Sinne des § 6 B. G.-B. eine in ihrer Erscheinung schwer auftretende Form, unter Geistesschwäche eine in ihrer Erscheinung leichter auftretende Form geistiger Störung zu verstehen.

Welche Art der Geisteskrankheit der Psychiater als vorliegend erachtet, ist an sich ganz gleichgültig, da bei dem Stande der Seelenheilkunde die einzelnen Formen oder Stadien der Geisteskrankheit nicht genau untereinander abgegrenzt werden können, und weil weder die Verschiedenheiten der äusseren

---

[1]) Möli: Die Geisteskranken im B. G. B. und in der Z. P. O. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie; Bd. 56, S. 288.

[2]) Planck: Bürgerliches Gesetzbuch nebst Einführungsgesetz. Berlin, Verlag von Guttentag.

[3]) Planck, l. c.

[4]) Möli, l. c.

Anzeichen, noch der Umstand, ob die Störung vorzugsweise die eine oder die andere Seite der Geistesthätigkeit angreift, für die an einen solchen Zustand zu knüpfende Frage von massgebender Bedeutung ist.[1])

So wird z. B. ein im wissenschaftlichen Sinne in hohem Grade Schwachsinniger, ein Idiot, im Sinne des Gesetzes als „geisteskrank" und ein im wissenschaftlichen Sinne Geisteskranker, z. B. ein leichter Fall von Melancholie als im Sinne des Gesetzes „geistesschwach" bezeichnet werden müssen.

Nicht Jeder, der an Geisteskrankheit oder Geistesschwäche leidet, kann entmündigt werden, sondern nur der, welcher in Folge dieser Zustände seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Krankhafte Störung der Geistesthätigkeit selbst in Verbindung mit Gemeingefährlichkeit bildet z. B. nach einem Urtheil des Reichsgerichts, III Z. S., vom 17. November 1896 noch keinen Grund zur Entmündigung, so lange Handlungsfähigkeit besteht; es kann jedoch deren Aufhebung oder Beeinträchtigung auch bei transitorischer Geistesstörung angenommen werden, wenn die Handlungsfähigkeit dadurch nicht vorübergehend, sondern über die Dauer der Geistesstörung hinaus beeinträchtigt wird.[2])

Unter den Angelegenheiten eines Menschen sind keineswegs die Vermögensangelegenheiten allein gemeint,[3]) sondern die Gesammtheit aller Beziehung des Einzelnen zu seiner Familie, seinem Vermögen und der Gesellschaft zu begreifen.[4])

Wenn man sich auf einen ganz strengen Standpunkt stellen will, so muss man sagen, dass ein Urtheil darüber, ob die Fähigkeit seine Angelegenheiten zu besorgen durch die Geisteskrankheit oder Geistesschwäche ausgeschlossen wird, allein Sache des Richters ist, dass sich über diesen rein juristischen Begriff der Arzt als Sachverständiger nicht äussern soll.[5]) Auf alle Fälle hat aber der Sachverständige die Krankheit im Sinne des § 6 so zu schildern und zu erläutern, dass dem Richter auch daraus klar wird, wie der Sachverständige über diese Frage denkt. Der Sachverständige wird zum mindesten auch darüber sich äussern müssen, ob „Geisteskrankheit" oder „Geistesschwäche" im Sinne der Paragraphen, also im Sinne des Rechtsbegriffes vorliegt. Damit ist aber die Frage schon erledigt, ob das betreffende Individuum im Stande ist, seine Angelegenheiten zu besorgen. Denn der Ausschluss dieser Fähigkeit ist mit dem Rechtsbegriff der „Geisteskrankheit" und

---

[1]) Motive; siehe auch C. Schulze: Zusammenstellung der sich aus dem B. G. B. für den Psychiater ergebenden z. T. neuen Gesichtspunkte zur Erstattung von Gutachten. Monatsschr. f. Neurol. u. Psychiatrie 1897, S. 214. Vergl. auch Tuczek: Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Psych. Wochenschrift, S. 95 und Cramer; l. c., S. 95 u. 96.

[2]) Rapmund u. Dietrich: Aerztl. Rechts- u. Gesetzeskunde; S. 519.

[3]) Denn der § 1910 B. G. B. hebt die Vermögens-Angelegenheiten als einen besonderen Kreis der Angelegenheiten des Menschen hervor.

[4]) C. Schulze; l. c., S. 212.

[5]) Schulze, l. c.

„Geistesschwäche" verbunden. Es liegt also im Grossen und Ganzen kein zwingender Grund vor, nicht den ganzen Absatz 1 des § 6 zu beantworten, und eine entsprechende Fassung zu wählen.[1])

Der Begriff „seine Angelegenheiten besorgen" darf nicht mit dem der „freien Willensbestimmung" des § 51 Str. G. B. identifizirt werden. Denn der erstere ist einer Beobachtung zugänglich, der letztere in naturwissenschaftlicher Weise nicht zu untersuchen.

Dagegen ist der Begriff der freien Willensbestimmung im § 104 Absatz 2 genau so aufzufassen, wie derjenige im § 51 St. G. B.

In der Praxis hat der Sachverständige zunächst zu untersuchen, ob überhaupt eine psychische Störung vorliegt oder nicht. Ist er überzeugt, dass eine Krankheit vorliegt, so muss er dieselbe nach ihrer Entstehung und Entwicklung und ihren Symptomen nachweisen.

Sodann ist der Grad der Krankheit festzustellen, d. h. es muss festgestellt werden, ob die nachgewiesenen krankhaften Erscheinungen das Geistesleben des zu Entmündigenden in stärkerem oder nur in geringerem Grade beherrschen.

Im ersteren Falle wird es sich um „Geisteskrankheit", im letzteren Falle um „Geistesschwäche" im Sinne des § 6 handeln. Wie sich der Gesetzgeber die intellektuelle Leistungsfähigkeit gedacht hat, geht daraus hervor, dass er den „Geisteskranken" wie ein unmündiges Kind für vollständig geschäftsunfähig, den „Geistesschwachen" wie einen Minderjährigen für noch beschränkt geschäftsfähig ansieht. Man wird das Entmündigungsverfahren nicht einleiten und durchführen, wenn man nicht eine Geisteskrankheit von einer gewissen Dauer vor sich hat. Unheilbar braucht die Geisteskrankheit des zu Entmündigenden nicht zu sein.

Allgemeine Regeln zur Beurtheilung des Grades der Geisteskrankheit lassen sich nicht aufstellen, jedoch wird man in den Fällen, wo die intellektuelle Entwicklung auf der Stufe des Kindesalters stehen geblieben ist, wo eine starke Bewusstseinstörung jede richtige Auffassung des Verhältnisses der eigenen Persönlichkeit zur Aussenwelt ausschliesst, und in Folge von zahlreichen Wahnideen und Sinnestäuschungen jede genauere Orientirung unmöglich ist, wo die Intelligenz durch einen fortschreitenden Krankheitsprozess im Gehirn wieder auf die Stufe des Kindes herabgesunken ist, eine „Geisteskrankheit" im Sinne des § 6 annehmen können.

Dagegen wird in den Fällen, wo wir sagen müssen; der zu Entmündigende hat zwar nicht die Intelligenz eines Erwachsenen, aber er ist auch geistig nicht so zurückgeblieben wie ein Kind, oder sein Bewusstsein ist zwar zeitweise gestört, aber er kann doch noch viele Dinge übersehen, oder er steht zwar unter der Herrschaft von Wahnideen und Sinnestäuschungen, aber dieselben beeinflussen ihn nur nach einer bestimmten Richtung hin, oder er leidet zwar an Angst und Un-

[1]) Möli, l. c.

ruhe und an einer Verlangsamung seines Vorstellungsablaufs, aber seine Reden und Handlungen werden dadurch nicht wesentlich beeinflusst, oder er hat zwar eine Einbusse an seiner Intelligenz erlitten, aber dieselbe geht noch nicht so weit, dass er seinen geistigen Leistungen nach einem unmündigen Kinde gleichzustellen sein dürfte, eine Geistesschwäche im Sinne des § 6 anzunehmen sein.

Ganz neu ist die im Absatz 3 § 6 B. G. B. (siehe S. 340) vorgesehene

2. Entmündigung wegen Trunksucht.

Zur Einrichtung der Entmündigung wegen Trunksucht genügt der Nachweis des übermässigen Genusses geistiger Getränke für sich allein nicht, nicht einmal dann, wenn er sich häufiger wiederholt, ebensowenig der Nachweis, dass die Gewohnheit besteht, geistige Getränke zu sich zu nehmen. Der Ausdruck „S u c h t" lässt vielmehr erkennen, dass erfordert wird ein krankhafter Zustand, in Folge dessen die Person unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht mehr die Kraft hat, dem Anreize zum übermässigen Genusse geistiger Getränke zu widerstehen. Dies entspricht durchaus der täglichen Erfahrung. Viele in diesem Sinne Trunksüchtige können nur durch Behandlung in einer Anstalt geheilt werden.[1])

Die Entmündigung der Trinker hat einen dreifachen Zweck: die Fürsorge für den Trinker selbst, für seine Familie und für das öffentliche Wohl. Diesem dreifachen Zwecke entsprechen die drei im § 6 Abs. 3 bestimmten Voraussetzungen. Jede derselben genügt für sich, um die Entmündigung zu begründen, der zu Entmündigende muss entweder in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermögen oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzen oder die Sicherheit Anderer gefährden.

Liegt eine der erwähnten Voraussetzungen vor, so kann die Entmündigung auch dann eintreten, wenn der Trunksüchtige ein sogenannter Quartalsäufer ist (P l a n c k).

Eine Pflicht, Sachverständige zu vernehmen, besteht, wie wir bei Besprechung des Verfahrens bei der Entmündigung wegen Trunksucht sehen werden, für den Richter nicht. Da aber der Ausdruck „Sucht" auf pathologische Momente hinweist, ist dem Richter natürlich nicht verwehrt, trotzdem Sachverständige zu vernehmen.

Der Sachverständige hat nicht festzustellen, ob der wegen Trunksucht zu Entmündigende seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich und seine Angehörigen einem Nothstand aussetzt. Dagegen wird er untersuchen müssen, ob sich bereits die krankhaften Zeichen finden, welche den chronischen Alkoholismus zu begleiten pflegen, ob eine Quartalsäufersucht vorliegt etc. Er wird auch auf Grund der erhobenen Befunde und der vorhandenen Zeugenaussagen sich

[1]) Planck, l. c.

darüber äussern können, ob der zu Entmündigende die Sicherheit Anderer gefährdet. Es genügt dabei der Nachweis, dass aus den vorhandenen Erscheinungen auf eine Gefährdung Anderer geschlossen werden muss; d. h. es kann eingegriffen werden, bevor ein Unglück passirt ist.

Nach § 1631 und § 1800 B.G.B. hat der Vormund das Recht, den Aufenthaltsort seines Mündels zu bestimmen. Es kann also ein Trinker auch wider seinen Willen durch den Vormund in einem Trinkerasyl untergebracht werden.

8. Vorläufige Bevormundung oder Pflegschaft.

Wir haben bisher den Rechtsschutz kennen gelernt, den das B.G.B. für den Geisteskranken, Geistesschwachen und Trunksüchtigen in Gestalt einer Entmündigung vorsieht. Wie wir sehen werden, ist das Entmündigungsverfahren umständlich und zeitraubend; es giebt aber viele Fälle von plötzlich eintretender Geisteskrankheit, bei denen mit Rücksicht auf die Vermögensverhältnisse sofort etwas geschehen muss, oder wir finden Fälle von leichter geistiger Krankheit, bei denen eine Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche nicht durchgeführt werden kann, aber doch eine gewisse Fürsorge erwünscht erscheint.

Für diese Fälle hat das B.G.B. eine vorläufige Bevormundung oder die Pflegschaft vorgesehen.

Die Möglichkeit der Einrichtung einer vorläufigen Vormundschaft bedeutet einen grossen Fortschritt.

§ 1906. „Ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, kann unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht es zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet.

§ 1908. Die vorläufige Vormundschaft endigt mit der Rücknahme oder der rechtskräftigen Abweisung des Antrages auf Entmündigung."

Die Fälle, bei denen eine vorläufige Vormundschaft am Platze ist, sind nicht selten.

Sie wird bei jedem Falle schwerer akuter Geistesstörung in Betracht kommen, bei dem es an einem zuverlässigen geeigneten Verwalter für die Vermögensangelegenheiten fehlt und eine Pflegschaft streng nach dem Gesetze nicht eingerichtet werden kann, weil der Kranke nicht an einem „geistigen Gebrechen", sondern an „Geisteskrankheit" im Sinne des Gesetzes leidet.

Einige Zeit wird aber auch bis zur Einrichtung der vorläufigen Vormundschaft vergehen. Bedingung für dieselbe ist ein Antrag auf Entmündigung. Es muss also Jemand vorhanden sein, der den Antrag auf Entmündigung stellt. Allerdings ist auch der Staatsanwalt hierzu berechtigt; aber bis dieser benachrichtigt ist und sich nach Kenntniss der nöthigen Beweismittel entschliesst, den Antrag zu stellen, vergeht Zeit.

Ist der Antrag auf Entmündigung gestellt, so muss das Gericht die Ueberzeugung gewinnen, dass eine „erhebliche" Gefährdung der Person oder des Vermögens vorliegt. Auch die Beweismittel hierfür herbeizuschaffen, wird unter Umständen Zeit erfordern.

Es wird also, wenn die Verhältnisse besonders ungünstig liegen, auch die Errichtung einer vorläufigen Vormundschaft nicht schnell genug gehen.

In allen diesen Fällen war bisher die Möglichkeit gegeben, die betreffenden Personen unter Pflegschaft zu stellen.

Wenn man sich streng an den Wortlaut des B.G.B. hält, ist die Errichtung einer Pflegschaft, wie wir sehen werden, bei einem Fall von schwerer akuter Geistesstörung nicht möglich. Die Anschauung hervorragender Richter und Psychiater geht aber dahin, dass die Praxis diese Härte mildern wird, und man auch in den Fällen, wo eine vorläufige Vormundschaft zu spät kommen würde, wird eine Pflegschaft einrichten können.

Die Paragraphen des B.G.B., welche sich auf die Pflegschaft beziehen, sind die folgenden:

§ 1910 Abs. 2. „Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er in Folge körperlicher Gebrechen, insbesondere, weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, in Folge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten, oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

§ 1918 Abs. 3. . . . Die Pflegschaft zur Besorgung einer einzelnen Angelegenheit endigt mit deren Erledigung.

§ 1920. Eine nach § 1910 angeordnete Pflegschaft ist von dem Vormundschaftsgericht aufzuheben, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung beantragt."

Ein Sachverständiger wird bei Errichtung einer Pflegschaft nur gehört werden, wenn es der Richter ausnahmsweise für nöthig hält.

In seltenen Fällen kommt es vor, dass der Vormundschaftsrichter zur Einleitung der Pflegschaft ein Attest verlangt. Dasselbe braucht nur kurz das Wesentliche zu erwähnen, z. B.:

„Der am 1. August 1835 geborene Kaufmann Wilhelm Müller leidet an Altersblödsinn, derselbe kann seine Vermögens-Angelegenheiten nicht selbst besorgen.

Göttingen, den 8. August 1896.

Dr. X., approbirter Arzt."

Die Pflegschaft kann nur eingeleitet werden, wenn der „geistig Gebrechliche" seine Einwilligung dazu giebt. Es wird also vom geistig Gebrechlichen noch so viel Urtheilsfähigkeit vorausgesetzt, dass er seine Leistungsfähigkeit be-

stimmten Kreisen seiner Angelegenheiten gegenüber einzusehen vermag.

Allerdings giebt es hiervon eine Ausnahme, nämlich die, dass mit dem unter Pflegschaft zu Bringenden eine Verständigung nicht möglich ist. Streng nach dem Gesetze kommen hierbei so schwer im wissenschaftlichen Sinne Geisteskranke, dass eine Verständigung mit ihnen nicht möglich ist, nicht in Betracht. Für diese kann es sich nur um Entmündigung handeln. Immerhin wird die Praxis, wie erwähnt, milder verfahren.

Hauptsächlich wird es sich indessen hier wohl um Kranke mit lokalisirten Gehirnerkrankungen handeln, bei denen z. B. die Fähigkeit, Gedachtes zu sprechen oder zu schreiben, verloren gegangen ist.

Unter geistigen Gebrechen im Sinne des § 1910 haben wir leichtere Fälle von Geisteskrankheit und die Geisteskrankheiten in der Besserung oder auf dem Wege zur Genesung, sowie ferner die geistigen Ausfallerscheinungen, wie sie nach Gehirnschlaganfällen und nicht diffusen (allgemein verbreiteten) organischen Hirnerkrankungen (z. B. Hirnsyphilis) auftreten, zu verstehen.

Bei diesen Herd-Erkrankungen des Gehirns braucht es nicht zu einer allgemeinen Beeinträchtigung der geistigen Thätigkeit zu kommen, es können vielmehr ganz isolirt einzelne Komponenten ausfallen.

Derartige Kranke haben vielfach noch das Urtheil einzusehen, dass ihr „geistiges Gebrechen", sie hindert, mit Erfolg z. B. ihre Vermögensinteressen wahrzunehmen, und werden sich gegen die Pflegschaft nicht sträuben.

Rein juristisch lernen wir mit dem § 1910 im Sinne des bürgerlichen Gesetzbuches einen dritten Grad von Geistesstörung kennen, nämlich einen solchen, welcher nur die Besorgung eines bestimmten Kreises von Angelegenheiten ausschliesst.

Der Sachverständige wird sich über die Art des „geistigen Gebrechens" und den Einfluss desselben auf die Besorgung der Angelegenheiten zu äussern haben, d. h. er wird untersuchen müssen, ob das geistige Gebrechen, also die Störung der Geistesthätigkeit die Besorgung der Angelegenheiten generell ausschliesst, oder nur einen bestimmten Theil desselben unmöglich macht.

Vorausgesetzt, dass der Kranke damit einverstanden ist, wird es zu einer Pflegschaft kommen können im Beginn einer geistigen Erkrankung, wenn zunächst nur einzelne Symptome hervortreten, z. B. die Gedächtnissschwäche, oder in Fällen sogenannter leichter psychischer Störung. Sehr wichtig wird es sein, dass Geisteskranke, welche zwar nicht geheilt sind, aber doch so gebessert, dass wieder ein Versuch mit einem Aufenthalt ausserhalb einer Anstalt gemacht werden muss, einen Pfleger erhalten können; es handelt sich dabei besonders um solche Fälle, welche draussen keinen rechten Anhalt haben, aber bei denen ungünstige Familienverhältnisse vorliegen. Das Ein-

verständnis der Kranken wird man in den meisten Fällen ohne Schwierigkeiten erlangen können (Möli[1]). Hat sich der Kranke an das Leben ausserhalb der Anstalt gewöhnt, ist für sein Fortkommen gesorgt, so fällt der Grund der Pflegschaft im Sinne des § 1918 B.G.B. fort.

C. Die Geschäftsfähigkeit.

Wir haben bei unseren bisherigen Betrachtungen 3 Arten resp. Grade psychischer Anomalie im Sinne des B.G.B. kennen gelernt. 1. Die Geisteskrankheit, 2. die Geistesschwäche und 3. das geistige Gebrechen.

Die Besprechung der gesetzlichen Grundlagen der Entmündigung und der Pflegschaft hat uns gezeigt, dass der graduelle Unterschied dieser Rechtsbegriffe hauptsächlich bedingt ist durch den Grad der Geschäftsfähigkeit, welche ihnen der Gesetzgeber zuerkannt hat. Das B.G.B. beschäftigt sich in eingehendster Weise mit der Geschäftsfähigkeit bei geistig Gestörten, welche nicht entmündigt sind oder unter Pflegschaft stehen.

Die Paragraphen, welche hauptsächlich in Betracht kommen, lauten:

§ 2. „Die Volljährigkeit tritt mit der Vollendung des einundzwanzigsten Lebensjahres ein.

§ 104. Geschäftsunfähig ist;

1. Wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat;
2. Wer sich in einem der freien Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, insofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist;
3. Wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

§ 105. Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig. Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit abgegeben wird.

§ 106. Ein Minderjähriger, der das 7. Lebensjahr vollendet hat, ist nach Massgabe der §§ 107 bis 113 in der Geschäftsfähigkeit beschränkt.

§ 114. Wer wegen Geistesschwäche, wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht entmündigt, oder wer nach § 1906 unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das 7. Lebensjahr vollendet hat."

1. Geschäftsunfähigkeit.

Im § 104 des B.G.B. ist festgestellt, wer geschäftsunfähig ist. Für unsere Betrachtungen wichtig ist zu wissen, dass Menschen, welche noch nicht 8 Jahre alt sind, ganz generell geschäftsunfähig sind. Es ist damit der Grad der intellektuellen Entwicklung gegeben, dem der Gesetzgeber noch eine gewisse Geschäftsfähigkeit zutraut.

[1]) Möli: Die Geistesstörungen im B. G. B. und in der Z. P. O. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med.; 3. Folge, Bd. XVIII, S. 1.

Es muss demnach ein Mensch, der noch nicht die Intelligenz eines 8jährigen besitzt, z. B. ein Idiot, geschäftsunfähig sein.

Wir dürfen uns natürlich im Gutachten nicht so ausdrücken. Es ist vielmehr auch in solchen Fällen immer nothwendig, dass wir zunächst die Krankheit, die Idiotie nachweisen und sodann, um uns dem Richter verständlich auszudrücken, den Grad der intellektuellen Entwicklung, wie angegeben, bestimmen.

Geschäftsunfähig ist weiter der, welcher sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet.

Es schliesst also die Geisteskrankheit in psychiatrischem Sinne an sich die Geschäftsfähigkeit nicht aus. Ein nicht entmündigter Geisteskranker ist erst dann geschäftsunfähig, wenn seine Geisteskrankheit einen die freie Willensbestimmung ausschliessenden Grad erreicht und dieser Zustand seiner Natur nach ein nicht nur vorübergehender war.

Es ist auch hier wie bei dem § 51 des Strafgesetzbuches in erster Linie Sache des Richters, darüber schlüssig zu werden, ob die von Sachverständigen nachgewiesene krankhafte Störung der Geistesthätigkeit die freie Willensbestimmung ausschliesst. Danach ist nicht unmöglich, dass auch eine im psychiatrischen Sinn geisteskranke Person eine Willenserklärung abgeben, z. B. ein Testament errichten kann. (Mendel.)

Es giebt einzelne Kranke, welche in bestimmten längeren oder kürzeren Momenten sehr wohl im Stande sind, in einzelnen Fällen mit Erfolg ihr Interesse zu vertreten. Ich erinnere hier namentlich an die periodischen und zirkulären Seelenstörungen, an einzelne Fälle von Paranoia chronica und leichte Fälle von Melancholie.

Da Geisteskrankheit bei Vorhandensein der freien Willensbestimmung die Geschäftsfähigkeit nicht ausschliesst, wird man in dieser Bestimmung des Grades der Geisteskrankheit ein Aequivalent für die Möglichkeit der Annahme eines lucidum Intervallum zu suchen haben.

Für den Sachverständigen handelt es sich darum, die Frage zu beantworten, ob die betreffende Person unter dem Zwange der Geisteskrankheit gehandelt hat. Müssen diese Fragen bejaht werden, so muss im Sinne des Gesetzes ein die freie Willensbestimmung ausschliessender Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit angenommen werden.

In letzter Instanz ist es immer Sache des erkennenden Gerichts, zu entscheiden, ob ein solcher Zustand im Sinne des § 104, Absatz 2 vorgelegen hat. Das Gericht bildet sich sein Urtheil in dieser Frage häufig erst nach Kenntniss mehrerer Gutachten und Obergutachten.

Geschäftsunfähig ist weiter auch der wegen „Geisteskrankheit" Entmündigte, nicht aber der wegen „Geistesschwäche" Entmündigte, demselben ist vielmehr, wie wir sehen werden,

noch eine gewisse Geschäftsfähigkeit die eines Minderjährigen zugestanden (§ 114).

Der § 105 stellt fest, dass die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen nichtig ist. Es kann also, der, welcher sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustände krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, der wegen „Geisteskrankheit" Entmündigte und der, welcher das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, eine gültige Willenserklärung nicht abgeben.

Eine Willenserklärung ist weiter nichtig, wenn sie im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit abgegeben ist.

Was zunächst den Zustand von Bewusstlosigkeit betrifft, so geht daraus hervor, dass der Gesetzgeber den Bewusstlosen überhaupt noch eine, wenn auch ungültige, Willenserklärung zutraut, dass es sich nicht um eine völlige Ausschaltung des Bewusstseins, sondern nur um eine mehr oder weniger grosse Einengung des Bewusstseins, in welcher noch allerlei anscheinend geordnete und überlegte Handlungen vorgenommen werden können, handelt. Die Zustände bezeichnet man im Sinne der modernen Wissenschaft als transitorische Bewusstseinsstörungen. Natürlich kann der psychiatrische Sachverständige wie beim § 51 des St.G.B. nur dann ein Gutachten abgeben, wenn sich pathologische Momente bei dem Zustandekommen dieses Zustandes geltend machen. Es gelten hier dieselben Gesichtspunkte, die wir bei Besprechung des Zustandes von Bewusstlosigkeit im § 51 St.G.B. kennen gelernt haben (vergl. S. 320).

Weiter kommt in Betracht ein Zustand vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit.

Es fehlt hier der Ausdruck „krankhaft", auch ist nicht von einer freien Willensbestimmung die Rede. Der Sachverständige kann nur dann ein bestimmtes Gutachten abgeben, wenn er krankhafte Momente nachweisen kann, welche eine Störung der Geistesthätigkeit herbeigeführt haben. Da es sich um einen vorübergehenden Zustand handelt, kann das betreffende Individuum im Uebrigen gesund sein, zum mindesten nicht auffallen.

Hierbei kommen nur solche Fälle in Betracht, bei welchen accidentelle Ereignisse die schlummernden pathologischen Zustände auslösen, z. B. Erklärungen, welche von in stärkerem Grade Hysterischen, Schwachsinnigen etc. im Affekt vorgenommen werden etc.

Bei leichten Fällen von Geisteskrankheiten kommt es nicht selten in böswilliger Absicht vor, dass behauptet wird, irgend ein von einem Kranken abgeschlossenes Geschäft sei nicht rechtsgültig, weil der Betreffende zur Zeit des Geschäftsabschlusses geisteskrank gewesen sei. In solchen Fällen wird man, wenn also weder ein die freie Willensbestimmung ausschliessender Zustand von Geistesstörung (§ 104 B. G. B.), noch ein vorübergehender Zustand von Bewusstlosigkeit zu der in Betracht kommenden Zeit vorhanden war (§ 105 B. G. B.), sich unbedingt für die Geschäftsfähigkeit aussprechen können;

dabei ist natürlich ein vorübergehender Zustand von Bewusstlosigkeit oder Störung der Geistesthätigkeit nur in Betracht zu ziehen, wenn dadurch die Entschliessungen des Kranken zu der betreffenden Zeit beeinflusst worden sind. Um einer böswilligen Anfechtung eines Rechtsgeschäftes oder einer Willenserklärung vorzubeugen, empfiehlt es sich in den Fällen, wo leichte, aber nicht in Betracht kommende psychische oder sogenannte nervöse Störungen vorhanden sind, einen Sachverständigen zuzuziehen, der der Abgabe der Willenserklärung oder dem Abschluss des Rechtsgeschäftes beiwohnt und bekundet, dass krankhafte Momente die Entschliessungen nicht bestimmt haben.

Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig.

Ein Geschäftsunfähiger kann auch keine Willenserklärung entgegennehmen:

§ 131, Abs. 1. Wird die Willenserklärung einem Geschäftsunfähigen gegenüber abgegeben, so wird sie nicht wirksam, bevor sie dem gesetzlichen Vertreter zugeht.

Eine Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen, welche in die Zeit vor seiner Entmündigung fällt, kann angefochten werden auf Grund des § 105, Absatz 2, indem der Nachweis versucht wird, dass die Willenserklärung in einem Zustand der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit abgegeben sei.

2. Beschränkte Geschäftsfähigkeit.

Unter den Bestimmungen für die beschränkte Geschäftsfähigkeit des Minderjährigen ist die wichtigste, dass der Minderjährige zu einer Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vortheil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters (§ 107) bedarf.

Schliesst der Minderjährige einen Vertrag ohne die erforderliche Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, so hängt die Wirksamkeit des Vertrages von der Genehmigung des Vertreters ab (§ 108, Abs. 1). Bis zur Genehmigung des Vertrages ist der andere Theil zum Widerruf berechtigt. Der Widerruf kann auch dem Minderjährigen gegenüber erklärt werden. (§ 109, Absatz 1).

Dagegen gilt ein von dem Minderjährigen, ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters, abgeschlossener Vertrag als von Anfang an wirksam, wenn der Minderjährige die vertragsmässige Leistung mit ihm vom Vertreter oder mit Zustimmung des Vertreters von einem Dritten überlassenen Mitteln bewirkt. (§ 110 des B.G.B.; ausserdem kommen noch in Betracht die §§ 111, 112, Abs. 1; 113, 131, 1304, Abs. 1; 1437, Abs. 2; 1516, Abs. 1; 1595, Abs. 1; 1729, Abs. 2 u. 3; 1748, Abs. 2; 1751, Abs. 1 u. 2; 2275, Abs. 3; 2290, Abs. 2; 2296, Abs. 1 u. 2; 2347, Abs. 2.[1])

[1]) Vergl. die genaueren Details bei A. Cramer; l. c., S. 112 u. 113.

Uebersieht man diese Bestimmungen, so wird man sich der Ueberzeugung nicht verschliessen können, dass mit der Art der beschränkten Geschäftsfähigkeit der wegen Geistesschwäche und Trunksucht Entmündigten und der unter vorläufige Vormundschaft Gestellten eine Gewähr gegeben wird gegen die Benachtheiligung durch Geschäftskundigere und Erfahrenere, ohne dass der Weg zum selbstständigen Erwerb verlegt wird.[1])

Es ist durch diese beschränkte Geschäftsfähigkeit, welche genügende Garantieen gegen Uebervortheilung bringt, in zahlreichen Fällen von Geisteskrankheit möglich, unbedenklich eine Entmündigung wegen „Geistesschwäche" eintreten zu lassen. Diese beschränkte Geschäftsfähigkeit wird dem Geisteskranken im einzelnen Falle sicher sehr wohlthuend sein. Es wird dadurch auch möglich, einen wegen Geistesschwäche entmündigten Geisteskranken zu entlassen und ihn dabei trotz der Entmündigung sofort in ein bestimmtes Erwerbsverhältniss zu bringen.

Die beschränkte Geschäftsfähigkeit, wie das B.G.B. fixirt hat, kann man, wenn ich so sagen darf, als eine „geminderte zivilrechtliche Zurechnungsfähigkeit" betrachten.

Wenn wir uns fragen, weshalb der Gesetzgeber zivilrechtlich eine geminderte Zurechnungsfähigkeit angenommen hat, so beruht das offenbar auf dem Bestreben, den Geisteskranken zu schützen. Strafrechtlich soll er davor bewahrt werden, für eine Handlung, für welche er nicht verantwortlich gemacht werden kann, zu büssen; zivilrechtlich soll dem Geisteskranken so weit als möglich sein Verfügungsrecht geschützt und gewährleistet werden.

3. Die Testirfähigkeit.

Ein Testament ist eine Willenserklärung, es ist deshalb nichtig, wenn es im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehenden Störung der Geistesfähigkeit errichtet wird; denn der § 105, Absatz 2 erklärt, wie wir gesehen haben, jede in einem dieser Zustände abgegebene Willenserklärung für nichtig. Auch der wegen Geisteskrankheit Entmündigte kann ein Testament nicht errichten, weil er geschäftsunfähig und damit seine Willenserklärung nichtig ist.

Etwa vorhandene, sogenannte lichte Zwischenräume eines Entmündigten befähigen ihn nicht zu einer Willenserklärung bezw. Testamentserrichtung; er ist vielmehr unfähig zu einer Willenserklärung, so lange die Entmündigung andauert.

Während der beschränkt geschäftsfähige, sechszehnjährige Minderjährige auch ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters ein Testament errichten kann, ist das für den wegen Geistesschwäche oder Trunksucht Entmündigten unmöglich. Die Unfähigkeit hierzu tritt schon mit Stellung des Antrages,

---

[1]) Endemann, l. c.

auf Grund dessen die Entmündigung erfolgt, ein, allerdings nur dann, wenn nachher auch wirklich die Entmündigung eintritt:

§ 2229 Abs. 3. „. . . Wer wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht entmündigt ist, kann ein Testament nicht errichten. Die Unfähigkeit tritt schon mit der Stellung des Antrages ein, auf Grund dessen die Entmündigung erfolgt."

Damit fallen eine ganze Reihe umständlicher Beweisführungen über den Geisteszustand des Testators für die Zeit vom Antrag auf Entmündigung bis zum Unanfechtbarwerden des Entmündigungsbeschlusses fort.

§ 2230. „Hat ein Entmündigter ein Testament errichtet, bevor der die Entmündigung aussprechende Beschluss unanfechtbar geworden ist, so steht die Entmündigung der Gültigkeit des Testaments nicht entgegen, wenn der Entmündigte noch vor dem Eintritte der Unanfechtbarkeit stirbt.

Das Gleiche gilt, wenn der Entmündigte nach der Stellung des Antrages auf Wiederaufhebung der Entmündigung ein Testament errichtet und die Entmündigung dem Antrag gemäss wieder aufgehoben wird."

Das eingeleitete Entmündigungsverfahren hindert nur in zwei Fällen die Gültigkeit der Testamentserrichtung seitens des Provokaten nicht, nämlich dann, wenn der Entmündigungsbeschluss nicht unanfechtbar war, sei es, dass die Entmündigung vorher wieder aufgehoben wird, sei es, dass der Entmündigte vorher stirbt.

Auch die nachstehenden §§ welche auf die Testamentserrichtung Bezug nehmen, interessiren uns:

§ 2253, Absatz 2. „. . . Die Entmündigung des Erblassers wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht steht dem Widerruf eines vor der Entmündigung errichteten Testaments nicht entgegen."

Es kann also ein wegen Geistesschwäche oder Trunksucht entmündigter Erblasser ein von ihm v o r der Entmündigung errichtetes Testament widerrufen.

§ 2243. „Wer nach Ueberzeugung des Richters oder des Notars stumm oder sonst am Sprechen verhindert ist, kann das Testament nur durch Uebergabe einer Schrift errichten. Er muss die Erklärung, dass die Schrift seinen letzten Willen enthalte, bei der Verhandlung eigenhändig in das Protokoll oder auf ein besonderes Blatt schreiben, das dem Protokoll als Anlage beigefügt werden muss."

Dieser Paragraph enthält eine grosse Härte für diejenigen Personen, welche nicht sprechen und schreiben können. Es kann z. B. ein Gehirn-Schlaganfall sowohl die Hand, als die Sprache lähmen (motorische Aphasie und Hemiplegie), ohne dass damit die intellektuellen Fähigkeiten eine derartige Einbusse erleiden, dass die Geschäftsfähigkeit beschränkt ist.[1]) Es lernen solche Kranke auch bald sich auf andere Weise verständlich machen, z. B. durch Zusammenlegen von Buchstaben etc.

[1]) E. Schulze, l. c.

4. Die Prozess- und Eidesfähigkeit

ist in der Zivilprozess-Ordnung ähnlich geregelt wie in der Strafprozess-Ordnung; hervorzuheben ist nur, dass Personen, welche wegen Geistesschwäche oder Trunksucht entmündigt sind, noch über Handlungen, welche sie selbst vorgenommen haben, oder über eigene Wahrnehmungen als Zeugen unter bestimmten Bedingungen vereidigt werden können.

5. Gutachten über die Geschäftsfähigkeit.

Wird ein Sachverständiger zu einem Gutachten über die Geschäftsfähigkeit aufgefordert, so ist, wie immer, seine erste Aufgabe, zu untersuchen, ob Krankheit vorliegt oder nicht. Sodann muss festgestellt werden, in welchem Grade die geistige Erkrankung das Thun und Lassen des zu Begutachtenden beeinflusst, z. B. ob seine Handlungen und Reden vollständig von krankhaften Motiven bestimmt werden. (Ausschluss der freien Willensbestimmung im Sinne des § 104.)

Bei diesen Gutachten wird meistens nach der Geschäftsfähigkeit zu einer bestimmten Zeit, z. B. zur Zeit eines Vertragsabschlusses gefragt, es wird deshalb auch, wenn wir keine ausgesprochene Geisteskrankheit auffinden können, die Frage zu prüfen sein, ob nicht gerade in der in Betracht kommenden Zeit krankhafte Momente transitorischer Natur, id est, Zustand von Bewusstlosigkeit, vorübergehende Störung der Geistesthätigkeit den zu begutachtenden in seinem Thun und Lassen geleitet haben.

Ist man nach der einen oder anderen Richtung hin zu einem endgültigen Urtheil gekommen, — immer wird das allerdings z. B. bei ungenügendem Material nicht der Fall sein, — so muss man versuchen, dieses ärztlich gewonnene Resultat mit der Fragestellung des Gerichts in Beziehung zu bringen, und im Tenor des Gutachtens diese Fragestellung entsprechend zu beantworten.

D. Eherecht der Geisteskranken.

Ehescheidung wegen Geisteskrankheit.

In Bezug auf das Eherecht der Geisteskranken giebt das B.G.B. zunächst Bestimmungen, unter welchen Umständen eine psychische Anomalie eine Ehe **nichtig** macht oder ihre **Anfechtung** ermöglicht:

§ 1325, Abs. 1. „Eine Ehe ist nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschliessung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehenden Geistesstörung befand.

Die Ehe ist als von Anfang an gültig anzusehen, wenn der Ehegatte sie nach dem Wegfalle der Geschäftsunfähigkeit, der Bewusstlosigkeit oder der Störung der Geistesthätigkeit bestätigt, bevor sie für nichtig erklärt oder aufgelöst worden ist; die Bestätigung bedarf nicht der für die Eheschliessung vorgeschriebenen Form.

§ 1331. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der zur Zeit der Eheschliessung oder im Falle des § 1325 zur Zeit der Bestätigung in der Geschäftsfähigkeit beschränkt war, wenn die Eheschliessung oder die Bestätigung ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters erfolgt ist.

§ 1384, Abs. 1. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der zur Eingehung der Ehe durch arglistige Täuschung über solche Umstände bestimmt worden ist, die ihn bei der Kenntniss der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden. . . . ."

Es kann also den Bestimmungen dieser Paragraphen entsprechend ein wegen Geisteskrankheit Entmündigter oder ein Mensch in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustand von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit oder ein Mensch, der sich zur Zeit des Eheschlusses in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, eine rechtsgültige Ehe nicht eingehen.

Fallen diese Gründe der Geschäftsunfähigkeit weg, bevor die Ehe für nichtig erklärt oder aufgelöst worden ist, so ist die Ehe als von Anfang an gültig anzusehen, wenn der Ehegatte sie bestätigt.

Dass ein Geisteskranker, wie das nicht selten versucht wird, aus gewinnsüchtigen Absichten „geheirathet wird", ist durch den § 1325 sehr erschwert resp. unmöglich gemacht.

An Schwierigkeiten bei der Begutachtung wird es nicht fehlen, wenn es sich um den Nachweis handelt, dass der eine Ehegatte zur Zeit der Eheschliessung sich in einem Zustande vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit befunden.

Es kann hier bereits eine längere Zeit seit der Eheschliessung verflossen, die Zeugenaussagen äusserst dürftig, der in Betracht kommende Ehegatte inzwischen verstorben sein etc.

Für den Sachverständigen kommt es auch hier darauf an, zunächst eine krankhafte Basis auffinden, auf der erfahrungsgemäss solche Zustände vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit vorkommen, sodann den Nachweis zu führen, dass gerade zur Zeit der Eheschliessung eine Störung der Geistesthätigkeit bestanden hat.

Dass ein Mensch im Zustand von Bewusstlosigkeit heirathet, wäre in der Trunkenheit und im Zustand transitorischer Bewusstseinsstörung, wie er bei Epileptikern, Hysterischen und Anderen sich finden kann, denkbar. Solche Fälle sind sicher extrem selten. Die Gefahr, dass Jemand in der Hypnose geheirathet wird, muss ich für sehr gering halten.

Der beschränkt Geschäftsfähige, also der wegen Geistesschwäche oder Trunksucht Entmündigte oder der unter vorläufiger Vormundschaft stehende, kann eine Ehe zwar eingehen, aber nur unter Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Liegt diese Zustimmung nicht vor, so kann die Ehe angefochten werden.

Auch für den Fall ist gesorgt, dass der beschränkt Geschäftsfähige wieder ganz geschäftsfähig oder geschäftsunfähig wird.

Im ersten Fall ist die Ehe gültig, wenn der zur Anfechtung berechtigte Ehegatte inzwischen geschäftsfähig geworden ist und die Ehe bestätigt. (§ 1337).

Im letzteren Falle ist für den gesetzlichen Vertreter, der die Ehe anfechten will, die Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes erforderlich. (§ 1336, Abs. 2).

Von grossem Werth wird in bestimmten Fällen, wie das von Mendel mit Recht betont worden ist, der § 1334 sein. Es kommt vor, dass bei Eingehung einer Ehe dem einen Ehegatten vorenthalten wird, dass die Person, mit der er eine Ehe eingeht, früher geisteskrank war, dass sie es noch ist, dass sie epileptisch ist oder gar konträrsexuell belastet (v. Kraft-Ebing). Es sind das Umstände, welche einen Menschen bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe abhalten können, eine Ehe einzugehen. Es ist deshalb auch ein Ehegatte, der in dieser Weise getäuscht worden ist, berechtigt, die von ihm eingegangene Ehe anzufechten.

Der Sachverständige wird in solchen Fällen zu begutachten haben, ob die in Betracht kommenden Zustände bereits vor der Ehe dagewesen sind, und in welcher Weise sie störend das Eheleben beeinflussen können, resp. dem Wesen der Ehe widersprechend sind. Hierbei kann auch eine vor der Ehe vorhanden gewesene geistige Erkrankung in Betracht kcmmen. Eine solche geistige Erkrankung kehrt leicht wieder und für die Nachkommenschaft besteht die Gefahr einer erblichen Belastung.

Beim weiblichen Geschlecht ist die Gefahr eines Rückfalles, wie E. Schulze[1]) mit Recht betont, grösser, weil das Fortpflanzungsgeschäft häufig den Stein wieder ins Rollen bringt. Da es nicht selten vorkommt, dass Jemand, obschon er über alles unterrichtet ist, eine geisteskranke oder früher geisteskrank gewesene Person heirathet, da weiter eine direkte erbliche Belastung nicht unter allen Umständen in einer psychopathischen Erkrankung der Kinder zum Ausdruck kommen muss, wird man in diesen schwierigen Fragen immer von Fall zu Fall entscheiden müssen. Der Arzt kann nur sagen, ob Krankheit vorliegt oder vorgelegen hat. Der Richter muss entscheiden, ob „eine arglistige Täuschung" unternommen worden ist, oder nicht.

Bisher war eine **Ehescheidung wegen Geisteskrankheit** nur im preussischen Landrecht vorgesehen. Das B. G. B. ermöglicht eine solche für das ganze Gebiet des Deutschen Reiches.

§ 1569. „Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung ausgeschlossen ist."

Die Zivilprozessordnung bestimmt hierzu:

§ 623. „Auf Scheidung wegen Geisteskrankheit darf nicht erkannt werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand gehört hat."

[1]) l. c.

Die Geisteskrankheit, wovon hier die Rede ist, entspricht der Geisteskrankheit im § 6 B. G. B. Keines dieser Postulate schliesst, wie man vielleicht glauben möchte, das andere in sich. Es kann ein unheilbarer Geisteskranker sehr wohl noch in geistiger Gemeinschaft mit seiner Frau leben; das wird z. B. oft beobachtet bei leichtem melancholischem Irrsinn und bei chronischer Paranoia, wo Erregungszustände fern bleiben und der Kranke ausserhalb einer Anstalt verpflegt werden kann. Bei der chronischen Paranoia kommt es darauf an, dass „Geisteskrankheit" im Sinne des § 6 B. G. B. besteht, auch ist in Betracht zu ziehen, wohin sich die Wahnideen und eventuell auch die Sinnestäuschungen wenden. Mir sind Paranoiker bekannt, welche in durchaus glücklicher Ehe viele Jahre gelebt haben. Die geistige Gemeinschaft kann aber auch bei frischen heilbaren Psychosen ausgeschlossen sein und ist es in der Regel. Der Schwerpunkt des Gutachtens wird also darin bestehen, dass eine geistige Erkrankung nachgewiesen wird von dem Grade der „Geisteskrankheit" im Sinne des § 6. B. G B. und dass die Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen wird. Hiermit ist eine Forderung gegeben, welche uns zur grössten Vorsicht bei der Abgabe eines Gutachtens mahnt.

Unheilbarkeit einer Geisteskrankheit werden wir nur dann annehmen können, wenn die Seelenstörung 1. angeboren oder im ersten Kindesalter oder in der Pubertät entstanden ist und auf einer Entwicklungshemmung des Gehirns beruht (also angeborener Schwachsinn, Idiotie, Imbezillität); 2. wenn sie nach einem mehr oder weniger gut ausgeprägten akuten Stadium zu einer bleibenden geistigen Schwäche, zu sekundärem Blödsinn oder sekundärer Verwirrtheit geführt hat; 3. wenn sich mehrere Jahre hindurch gleichbleibend ein feststehendes System von Verfolgungs- und Grössenideen nachweisen lässt; 4. wenn sich eine successive, zunehmende, ausgeprägte Abnahme der Intelligenz mit körperlichem Verfall und ausgesprochenen Lähmungserscheinungen, welche auf eine schwere organische Erkrankung des Gehirns hinweisen, verbindet und auch bei geeigneter Behandlung sich während mindestens 2 Jahren nach Beginn der ersten Symptome weiter entwickelt. (Besondere Vorsicht ist hier am Platze bei dem Alkoholismus).

Bei ganz akuten Verblödungszuständen wartet man besser zwei bis drei Jahre und länger bevor man die Unheilbarkeit ausspricht. Grosse Schwierigkeiten machen bei der Ehescheidung die periodischen Psychosen. Wie wir sehen werden, kommen zwischen den einzelnen Attaquen dieser Krankheiten längere oder kürzere Zwischenräume vor, in denen sich Zeichen einer geistigen Störung nicht nachweisen lassen. Es wird in diesen Fällen nach dem neuen Bürgerlichen Gesetzbuch erst dann eine Ehescheidung möglich sein, wenn nach jahrzehntelangem Bestehen der Krankheit eine so bedeutende Abnahme der Intelligenz eingetreten ist, dass dauernd eine eheliche Gemeinschaft ausgeschlossen erscheint und „Geisteskrankheit" im Sinne vom B. G. B. vorhanden ist.

Es handelt sich also darum, nachzuweisen, dass die unheilbare „Geisteskrankheit" die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufhebt und zwar dauernd. Das wird bei den unter 1 erwähnten Fällen nicht immer der Fall sein, dazu ist schon ein höherer Grad von Schwachsinn erforderlich. In den Zuständen sub 2 wird dieses Postulat, wenn es sich um sekundäre Verwirrtheit handelt, wohl stets erfüllt sein, während der sekundäre Blödsinn sehr verschiedene Grade aufweist. In den Fällen sub 3 handelt es sich um die spezielle Richtung des Systems und um das gesammte Verhalten des Kranken. Dabei ist zu bemerken, dass sich häufig noch nach Jahren ganz auffällige Besserungen oder Verschlechterungen bei diesen Kranken bemerklich machen. Man erwäge also alle Punkte genau, bevor man sich entschliesst, auch für die Zukunft eine geistige Gemeinschaft auszuschliessen. In den Fällen sub 4 wird man nach Ablauf von drei Jahren kaum noch Schwierigkeiten haben, die Frage, ob eine geistige Gemeinschaft möglich sei oder nicht, zu beantworten.

Im allgemeinen wird in den Fällen, in denen „Geisteskrankheit" im Sinne des § 6 BGB. besteht, auch die geistige Gemeinschaft ausgeschlossen sein.

Ich will der besseren Uebersicht wegen hier gleich ein paar Worte über den einzigen Paragraphen der Z.Pr.O. den § 632, welcher sich mit der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit beschäftigt, beifügen. Darnach kann Scheidung einer Ehe wegen Geisteskrankheit nicht eher ausgesprochen werden, bevor ein oder mehrere Sachverständige gehört worden sind. Die Aufgabe des Sachverständigen geht dahin, zu untersuchen, ob die zu begutachtende Person „geisteskrank" ist und ob durch die Geisteskrankheit die Wiederherstellung der ehelichen Gemeinschaft dauernd ausgeschlossen erscheint.

Können diese Fragen nicht mit aller Sicherheit bejaht werden, bestehen auch nur leise Zweifel, so ist eine Ehescheidung auf Grund des § 1569 unmöglich.

Auch für den wegen Geisteskrankheit geschiedenen Ehegatten, ist, wie die beiden nachstehenden Paragraphen betreffs Rückerstattung des Eingebrachten und betreffs Verpflichtung des gesunden Ehegattens zum Unterhalt zeigen, gesorgt.

§ 1478. „Sind die Ehegatten geschieden und ist einer von ihnen allein für schuldig erklärt, so kann der andere verlangen, dass jedem von ihnen der Werth desjenigen zurückerstattet wird, was er in der Gütergemeinschaft eingebracht hat; reicht der Werth des Gesammtguts zur Rückerstattung nicht aus, so hat jeder Ehegatte die Hälfte des Fehlbetrages zu tragen.

Das im Absatz 1 bestimmte Recht steht auch dem Ehegatten zu, dessen Ehe wegen seiner Geisteskrankheit geschieden worden ist.

§ 1583. Ist die Ehe wegen Geisteskrankheit eines Ehegatten geschieden, so hat ihm der andere Ehegatte Unterhalt in gleicher Weise zu gewähren wie ein allein für schuldig erklärter Ehegatte."

E. Die Schadenersatzpflicht und Deliktfähigkeit der Geisteskranken.

In wie weit ein Geisteskranker für verursachten Schaden aufkommen muss und wie weit Andere für einen ihrer Aufsicht unterstellten Geisteskranken verursachten Schaden haftpflichtig gemacht werden können, darüber bestimmt das B.G.B. Folgendes.

§ 823, Abs. 1. „Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigenthum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet. . . .

§ 832. Wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, ist zum Ersatze des Schadens verpflichtet, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde.

Die gleiche Verantwortlichkeit trifft denjenigen, welcher die Führung der Aufsicht durch Vertrag übernimmt."

Hiernach könnte z. B. ein Arzt zum Schadenersatz herangezogen werden, falls ein seiner Obhut anvertrauter Geisteskranker einem anderen Schaden zufügte. Ein Arzt und namentlich der Direktor einer Irrenanstalt, der die nöthigen Vorsichtsmassregeln gebraucht, wird schwerlich für solche Unglücksfälle verantwortlich gemacht werden können; denn mit absoluter Sicherheit lassen sich diese nicht vermeiden. Selbst bei den wohlüberlegten Anordnungen, auch wenn das Wartepersonal durchaus seine Schuldigkeit thut, kann ein Unglück passiren.

Eine Fahrlässigkeit eines Anstalts-Direktors oder eines Irrenarztes würde darin gefunden werden können, dass er die nothwendigsten Vorsichtsmassregeln ausser Acht lässt, z. B. einen ausgesprochenen selbstmordsüchtigen Kranken nicht genügend überwachen lässt, oder einen Kranken, von dem aller Erfahrung nach schwere gewaltthätige Handlungen zu erwarten sind, entlässt oder in leichtsinniger Weise entweichen lässt u. s. w.

Ebenso steht es mit der Alimentationspflicht, wenn eine in einer Anstalt befindliche Person geschwängert wird, sei es durch einen Geisteskranken, sei es, dass sich der Schwängerer überhaupt nicht nachweisen lässt. Liegt eine grobe Nachlässigkeit vor, z. B. dass eine ausgesprochene erotische Geisteskranke ohne Aufsicht herum läuft, wird kein Zweifel bestehen; dagegen vermag ich nicht einzusehen, wie der Irrenarzt oder Direktor verantwortlich gemacht werden kann, wenn trotz aller Vorsichtsmassregeln, z. B. durch die Nachlässigkeit des Wart-

personals oder einen unglücklichen Zufall die Möglichkeit zur Schwängerung gegeben wird, oder wenn es bei einer Frauensperson passirt, bei der man nach ihrem ganzeu bisherigen Verhalten und auch bei ihrem Zustand etwas derartiges nach allen wissenschaftlichen Erfahrungen nicht voraussehen konnte.

Wollte man all das mit absoluter Sicherheit vermeiden, so müssten die Irrenanstalten keine Krankenhäuser, sondern einfach gefängnissartige Verwahrungshäuser sein, in denen jede Behandlung und Heilung eines Kranken ausgeschlossen wäre.

Der § 823 spricht auch von der „Freiheit". Es sei hier nur kurz bemerkt, dass in Deutschland bisher noch kein Fall amtlich bekannt geworden ist, in dem eine Person ungerechtfertigt in einer Irrenanstalt zurückgehalten worden wäre.

Betreffs der Haftpflicht des Geisteskranken selbst bestimmt R. G. B.:

§ 827. „Wer im Zustande der Bewusstlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich. Hat er sich durch geistige Getränke und ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für einen Schaden, den er in diesem Zustande widerrechtlich verursacht, in gleicher Weise verantwortlich, wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiel, die Verantwortlichkeit tritt nicht ein, wenn er ohne Verschulden in den Zustand gerathen ist."

Die Zustände, welche die Haftpflicht ausschliessen, sind ähnlich bezeichnet wie diejenigen des § 51 Str.G.B., welche eine strafbare Handlung als nicht vorhanden erscheinen lassen. Es handelt sich um einen Zustand von Bewusstlosigkeit oder um einen die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit. Es gelten hier die bei Besprechung des § 51 gemachten Bemerkungen.

Von einem wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche Entmündigten ist nicht die Rede. Es muss also auch hier, wie im Strafverfahren, die Krankheit nachgewiesen oder ausgeschlossen werden. Mit dem Zustand von Bewusstlosigkeit beschäftigt sich der Paragraph genauer, er spricht von geistigen Getränken und ähnlichen Mitteln, also Opium, Morphium, Cocain u. s. w.

Es ist darauf aufmerksam gemacht worden, dass auch die Hypnose zu diesen „ähnlichen Mitteln" gerechnet werden könne. (Kuhlenbeck.[1]) Indessen dürfte nur dann die Hypnose von der Verantwortlichkeit befreien, wie Schulze mit Recht hervorhebt, wenn der Thäter, ohne es zu wollen, in Hypnose versetzt wurde. Das ist aber nur bei dressirten, häufig hypnotisirten Individuen möglich. Da wir ausserdem gesehen haben, dass Hypnotisirte bei kriminellen Suggestionen häufig versagen, wird ein Zustand von Bewusstlosigkeit in der Hypnose in praxi nur selten einen die Haftpflicht ausschliessenden Grund haben.

Die Haftpflicht der Minderjährigen ist im B. G. B. (§ 828) dieselbe, wie im Str. G. B.

[1]) Siehe E. Schulze, l. c.

Es kann also bereits ein 8 jähriger für einen von ihm angerichteten Schaden zur Verantwortung gezogen werden, während die Möglichkeit einer Bestrafung im Sinne des Str. G. B. erst mit dem vollendeten 12. Lebensjahre eintritt.

F. Verfahren bei der Entmündigung.

1. Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche.

Das Entmündigungsverfahren ist durch die nachstehenden Bestimmungen der Zivilprozessordnung geregelt:

§ 645. „Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche erfolgt durch Beschluss des Amtsgerichts.

Der Beschluss wird nur auf Antrag erlassen.

§ 646. Der Antrag kann von dem Ehegatten, einem Verwandten oder demjenigen gesetzlichen Vertreter des zu Entmündigenden gestellt werden, welchem die Sorge für die Person zusteht. Gegen eine Person, die unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, kann der Antrag von einem Verwandten nicht gestellt werden. Gegen eine Ehefrau kann der Antrag von einem Verwandten nur gestellt werden, wenn auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft erkannt ist oder wenn der Ehemann die Ehefrau verlassen hat oder wenn der Ehemann zur Stellung des Antrages dauernd ausser Stande oder sein Aufenthalt dauernd unbekannt ist.

In allen Fällen ist auch der Staatsanwalt bei dem vorgesetzten Landgericht zur Stellung des Antrages befugt.

§ 647. Der Antrag kann bei dem Gericht schriftlich eingereicht oder zum Protokolle des Gerichtsschreibers angebracht werden. Er soll eine Angabe der ihn begründenden Thatsachen und die Bezeichnung der Beweismittel enthalten.

§ 648. Für die Einleitung des Verfahrens ist das Amtsgericht, bei welchem der zu Entmündigende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat, ausschliesslich zuständig.

Gegen einen Deutschen, welcher im Inlande keinen allgemeinen Gerichtsstand hat, kann der Antrag bei dem Amtsgerichte gestellt werden, in dessen Bezirke der zu Entmündigende seinen letzten Wohnsitz im Inlande hatte, in Ermangelung eines solchen Wohnsitzes finden die Vorschriften des § 15 Abs. 1, Satz 2, 3 entsprechende Anwendung" (entweder die Hauptstadt des Deutschen Reiches oder die Hauptstadt des entsprechenden Bundesstaates).

§ 649. Das Gericht kann vor Einleitung des Verfahrens die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses anordnen.

§ 650. Das Gericht kann nach der Einleitung des Verfahrens, wenn es mit Rücksicht auf die Verhältnisse des zu Entmündigenden erforderlich erscheint, die Verhandlung und Entscheidung dem Amtsgericht überweisen, in dessen Bezirke der zu Entmündigende sich aufhält.

Die Ueberweisung ist nicht mehr zulässig, wenn das Gericht den zu Entmündigenden vernommen hat. (§ 654 Abs. 1.).

Wird die Uebernahme abgelehnt, so entscheidet das im Instanzenwege zunächst höhere Gericht.

§ 651. Wenn nach der Uebernahme des Verfahrens, durch das Gericht, an welches die Ueberweisung erfolgt ist, ein Wechsel im Aufenthaltsorte des zu Entmündigenden eintritt, so ist dieses Gericht zu einer weiteren Ueberweisung befugt.

§ 652. Der Staatsanwalt kann in allen Fällen das Verfahren durch Stellung von Anträgen betreiben und den Termin beiwohnen. Er ist von der Einleitung des Verfahrens, sowie von einer nach den Paragraphen 650, 651 erfolgten Ueberweisung und von allen Terminen in Kenntniss zu setzen.

§ 653. Das Gericht hat unter Benutzung der in dem Antrag angegebenen Thatsachen und Beweismittel von Amtswegen die zur Feststellung des Geisteszustandes erforderlichen Ermittelungen zu veranstalten und die erheblich erscheinenden Beweise aufzunehmen. Zuvor ist dem zu Entmündigenden Gelegenheit zur Bezeichnung von Beweismitteln zu geben, desgleichen demjenigen gesetzlichen Vertreter des zu Entmündigenden, welchem die Sorge für die Person zusteht, sofern er nicht die Entmündigung beantragt hat.

Der 2. Absatz dieses Paragraphen besagt, dass im Falle der Zeugnissverweigerung mit Strafe bezw. Haft vorgegangen werden kann.

§ 654. Der zu Entmündigende ist persönlich unter Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständigen zu vernehmen. Zu diesem Zwecke kann die Vorführung des zu Entmündigenden angeordnet werden.

Die Vernehmung kann auch durch einen ersuchten Richter erfolgen.

Die Vernehmung darf nur unterbleiben, wenn sie mit besonderen Schwierigkeiten verbunden oder nicht ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist.

§ 655. Die Entmündigung darf nicht ausgesprochen werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des zu Entmündigenden gehört hat.

§ 656. Mit Zustimmung des Antragstellers kann das Gericht anordnen, dass der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens 6 Wochen in eine Heilanstalt gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Vor der Entscheidung sind die im § 646 bezeichneten Personen soweit thunlich zu hören.

Gegen den Beschluss, durch welchen die Unterbringung angeordnet wird, steht dem zu Entmündigenden, dem Staatsanwalt und binnen der für den zu Entmündigenden laufenden Frist den sonstigen im § 646 bezeichneten Personen die sofortige Beschwerde zu.

§ 659. Der über die Entmündigung zu erlassende Beschluss ist dem Antragsteller und dem Staatsanwalt von Amtswegen zuzustellen.

§ 660. Der die Entmündigung aussprechende Beschluss ist von Amtswegen der Vormundschaftsbehörde mitzuteilen und, wenn der Entmündigte unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, auch demjenigen gesetzlichen Vertreter zuzustellen, welchem die Sorge für die Person des Entmündigten zusteht. Im Falle der Entmündigung wegen Geistesschwäche ist der Beschluss ausserdem dem Entmündigten selbst zuzustellen.

§ 661. Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit tritt, wenn der Entmündigte unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, mit der Zustellung des Beschlusses an diejenigen gesetzlichen Vertreter, welchem die Sorge für die Person zusteht, andernfalls mit der Bestellung des Vormundes in Wirksamkeit.

Die Entmündigung wegen Geistesschwäche tritt mit der Zustellung des Beschlusses an den Entmündigten in Wirksamkeit.[1])

§ 664. Der die Entmündigung aussprechende Beschluss kann im Wege der Klage binnen der Frist eines Monats angefochten werden. Zur Erhebung der Klage sind der Entmündigte selbst, derjenige gesetzliche Vertreter des Entmündigten, welchem die Sorge für die Person zusteht und die übrigen im § 646 bezeichneten Personen befugt.

Die Frist beginnt im Falle der Entmündigung wegen Geisteskrankheit für den Entmündigten mit dem Zeitpunkt, in welchem er von der Entmündigung Kenntniss erlangt, für die übrigen Personen mit dem Zeitpunkte, in welchem die Entmündigung in Wirksamkeit tritt. Im Falle der Entmündigung wegen Geistesschwäche beginnt die Frist für den gesetzlichen Vertreter des unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft stehenden Entmündigten mit dem Zeitpunkt, in welchem ihn der Beschluss zugestellt wird, für den Entmündigten selbst und die übrigen Personen mit der Zustellung des Beschlusses an den Entmündigten.[2])

§ 665. Für die Klage ist das Landgericht ausschliesslich zuständig, in dessen Bezirk das Amtsgericht, welches über die Entmündigung entschieden hat, seinen Sitz hat.

§ 668. Will der Entmündigte die Klage erheben, so ist ihm auf seinen Antrag von dem Vorsitzenden des Prozessgerichts ein Rechtsanwalt als Vertreter beizuordnen.

§ 671. Die Bestimmungen der Paragraphen 654, 655 finden in dem Verfahren über die Anfechtungsklage entsprechende Anwendung. Von der Vernehmung Sachverständiger darf das Gericht Abstand nehmen, wenn es das vor dem Amtsgericht abgegebene Gutachten als genügend erachtet.

§ 672. Wird die Anfechtungsklage für begründet erachtet, so ist der die Entmündigung aussprechende Beschluss aufzuheben. Die Aufhebung tritt erst mit der Rechtskraft des Urtheils in Wirksamkeit. Auf Antrag können jedoch zum Schutze der Person oder des Vermögens des Entmündigten einstweilige Verfügungen nach Massgabe der Paragraphen 936—944 getroffen werden.

§ 675. Die Wiederaufhebung der Entmündigung erfolgt auf Antrag des Entmündigten oder desjenigen gesetzlichen Vertreters des Entmündigten, welchem die Sorge für die Person zusteht oder des Staatsanwalts durch Beschluss des Amtsgerichts.

§ 676. Für die Wiederaufhebung der Entmündigung ist das Amtsgericht ausschliesslich zuständig, bei welchem der Entmündigte seinen allgemeinen Gerichtsstand hat.

Ist der Entmündigte ein Deutscher und hat er im Inlande keinen allgemeinen Gerichtsstand, so kann der Antrag bei dem Amtsgerichte gestellt werden, welches über die Entmündigung entschieden hat. Das Gleiche gilt, wenn ein

---

[1]) Nach preussischer Verfügung vom 27. November 1882 (Just. Min.-Bl. S. 372) ist der Beschluss auch dem Vorsteher der Irrenanstalt mitzuteilen, wo der Entmündigende verwahrt ist. — Diese Verfügung wird nach meinen Erfahrungen nicht selten übersehen.

[2]) Betreffs des Ausschlusses der Oeffentlichkeit bei dem Entmündigungsverfahren bestimmt § 172 des Gerichtsverfassungsgesetzes:

„In dem auf die Klage wegen Anfechtung oder Wiederaufhebung der Entmündigung einer Person wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche eingeleiteten Verfahren (§§ 664, 679 Z. P. O.) ist die Oeffentlichkeit während der Vernehmung des Entmündigten auszuschliessen, auch kann auf Antrag einer der Parteien die Oeffentlichkeit der Verhandlung überhaupt ausgeschlossen werden. Das Verfahren wegen Entmündigung oder Wiederaufhebung der Entmündigung ist nicht öffentlich."

Ausländer, welcher im Inlande entmündigt worden ist, im Inlande keinen allgemeinen Gerichtszustand hat.

Die Bestimmungen des § 647 und der §§ 649–655 finden entsprechende Anwendung.[1])

§ 678. Der über die Wiederaufhebung der Entmündigung zu erlassende Beschluss ist dem Antragsteller und im Falle der Wiederaufhebung dem Entmündigten, sowie dem Staatsanwalt von Amtswegen zuzustellen.

Gegen den Beschluss, durch welchen die Entmündigung aufgehoben wird, steht dem Staatsanwalt die sofortige Beschwerde zu. . . . .

§ 679. Wird der Antrag auf Wiederaufhebung von dem Amtsgericht abgelehnt, so kann dieselbe im Wege der Klage beantragt werden.

Zur Erhebung der Klage ist derjenige gesetzliche Vertreter des Entmündigten, welchem die Sorge für die Person zusteht, und der Staatsanwalt befugt.

Will der gesetzliche Vertreter Klage nicht erheben, so kann der Vorsitzende des Prozessgerichts dem Entmündigten einen Rechtsanwalt als Vertreter beiordnen."

Es kann also der Antrag auf Entmündigung nur von Verwandten, dem Ehegatten oder dem gesetzlichen Vertreter (Vormund, Inhaber der elterlichen Gewalt, Pfleger) gestellt werden.

Ausser den genannten Personen kann noch der Staatsanwalt in jedem Falle, ohne an die Angehörigen gebunden zu sein, die Entmündigung beantragen.

Ferner kann für eine Ehefrau der Antrag auf Entmündigung auch von einem Verwandten gestellt werden, wenn die Ehe geschieden ist, der Mann die Frau verlassen hat, oder ausser Stande zur Stellung eines Antrages ist, oder sein Aufenthalt dauernd unbekannt ist.

Dem Antrag auf Entmündigung einer Person kann nur von dem zuständigen Amtsgerichte stattgegeben werden, nur dieses, und nicht etwa eine beliebige andere Behörde darf das Entmündigungsverfahren einleiten.

Mit der Einleitung des Entmündigungsverfahrens hat der Arzt höchstens insofern etwas zu thun, als er ein einfaches Attest, etwa nach nachstehendem Schema abgiebt:

Aerztliches Zeugniss.

„Der am 27. November 1858 geborene Kaufmann V. aus Harburg leidet an der progressiven Paralyse der Irren. Er zeigt eine grosse Urtheilsschwäche und ausgesprochene Ueberschätzung seiner Verhältnisse. Seine Angelegenheiten selbst zu verwalten, ist er nicht im Stande.

Göttingen, 8. Mai 1896. Dr. X., approbierter Arzt."

Ist das Entmündigungsverfahren eingeleitet, so ernennt das Gericht einen oder mehrere Sachverständige.

Dieselben werden zunächst zu dem Termine als Sachverständige geladen, in welchem die gerichtliche Vernehmung des zu Entmündigenden stattfinden soll, nur wenn die persönlich gerichtliche Vernehmung schwer durchführbar oder für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden nach-

[1]) Darnach müssen auch bei dem Verfahren wegen Aufhebung der Entmündigung ganz dieselben Beweismittel erhoben und wieder ein oder mehrere Sachverständige gehört werden.

theilig ist (§ 654), wird der zum Sachverständigen ernannte direkt um Abgabe eines Gutachtens ersucht.

Nach § 14 der Allgemeinen Verfügung des Justizministers vom 28. November 1899[1]) ist die Wahl des Sachverständigen

[1]) Die für das Verfahren bei Entmündigungen wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche massgebende allgemeine Verfügung vom 28. November 1899 hat folgenden Wortlaut:

„I. Thätigkeit der Staatsanwaltschaft.

§ 1. Die Staatsanwaltschaft hat darüber zu wachen, dass beim Vorhandensein der gesetzlichen Voraussetzungen (§ 2) die Entmündigung eines der Fürsorge bedürftigen Geisteskranken oder Geistesschwachen erfolgt, und dass Personen, bezüglich deren die bezeichneten Voraussetzungen nicht gegeben sind, nicht entmündigt werden, dass auch eine Entmündigung beim Wegfall ihres Grundes wieder aufgehoben wird.

Zu diesem Zwecke hat die Staatsanwaltschaft selbständig die geeigneten Anträge zu stellen und von einem auf Antrag eines anderen Berechtigten eingeleiteten Verfahren fortlaufend Kenntniss zu nehmen.

§ 2. Entmündigt kann werden, wer in Folge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag (Bürgerliches Gesetzbuch § 6 Nr 1). Unter Angelegenheiten sind nicht nur Vermögensangelegenheiten, sondern die gesammten Lebensverhältnisse, z. B. auch die Sorge für die eigene Person, die Sorge für Angehörige, die Erziehung der Kinder u. dgl., zu verstehen.

Aus einem anderen als dem bezeichnetem Grunde darf die Entmündigung nicht erfolgen, insbesondere nicht lediglich aus polizeilichen Rücksichten oder im ausschliessenden Interesse anderer Personen.

§ 3. Die von den Vorstehern öffentlicher und privater Irrenanstalten eingehenden Anzeigen über die Aufnahme Geisteskranker und Geistesschwacher sind einer sorgfältigen Prüfung zu unterziehen. Auch ohne eine solche Anzeige hat die Staatsanwaltschaft in den etwa zu ihrer Kenntniss gelangenden Fällen von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche zu erwägen, ob Anlass zu einer Entmündigung vorliegt.

Sämmtliche Justizbehörden werden angewiesen, in den zu ihrer Kenntniss gelangenden Fällen von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche, in welchen sie den Anlass zu einer Entmündigung als gegeben erachten, dem zuständigen Ersten Staatsanwalte Mittheilung zu machen.

Die Staatsanwaltschaft hat nöthigenfalls die zur Entschliessung über die Stellung des Entmündigungsantrags erforderlichen Ermittelungen ihrerseits anzustellen.

§ 4. Die Stellung des Antrags auf Entmündigung kann ausgesetzt werden, wenn der Geisteskranke oder Geistesschwache noch nicht als unheilbar erkannt ist, insbesondere wenn eine baldige Genesung zu erwarten steht. Dies gilt auch von den in Irrenanstalten untergebrachten Personen. Jedoch darf der Antrag nicht verzögert werden, wenn die Besorgniss einer sachlich nicht gerechtfertigten Beschränkung der persönlichen Freiheit durch Unterbringung in einer Anstalt obwaltet.

§ 5. Sind andere Antragsberechtigte (Civilprozessordnung § 646 Abs. 1) im Inlande vorhanden, so hat die Staatsanwaltschaft, wenn nicht Gefahr im Verzuge obwaltet, zunächst zu ermitteln, ob einer von diesen zur Stellung des Antrags bereit ist, und nur, wenn dies nicht der Fall ist oder die Antragstellung ungebührlich verzögert wird, selbst den Antrag zu stellen.

§ 6. Ist die Entmündigung von der Staatsanwaltschaft beantragt, so hat diese das Verfahren zu betreiben, sich fortlaufend von dem Gange der Sache in Kenntniss zu erhalten, die der Sachlage entsprechenden Anträge zu stellen und nöthigenfalls von den zulässigen Rechtsmitteln Gebrauch zu machen. Sie hat auch thunlichst den Terminen, insbesondere dem Termine zur Vernehmung des zu Entmündigenden beizuwohnen, sofern es sich nicht um die Entmündigung einer in einer öffentlichen Anstalt untergebrachten Person handelt, deren Geisteskrankheit oder Geistesschwäche unbedenklich als vorhanden angenommen werden kann.

§ 7. Ist die Entmündigung von einem anderen Berechtigten beantragt, so hat die Staatsanwaltschaft, sobald sie davon, sei es durch Mittheilung des

in erster Linie auf solche Personen zu richten, welche auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf besonderer Erfahrung be-

---

Gerichts (§ 11), sei es auf andere Weise, Kenntniss erhält, die Sachlage, nöthigenfalls unter Einsicht der Akten, zu prüfen und sachdienliche Anträge, insbesondere über Art und Umfang der Beweisaufnahme, zu stellen, wenn dies nach ihrer im § 1 bezeichneten Aufgabe angemessen erscheint.

Ob es zweckmässig ist, dass ein Vertreter der Staatsanwaltschaft den Terminen beiwohnt, ist nach Lage des Einzelfalls und unter Rücksichtnahme auf die etwa dadurch den Parteien zur Last fallenden Reisekosten zu entscheiden.

Vor der Beschlussfassung des Gerichts über die Entmündigung hat die Staatsanwaltschaft sich in jedem Falle gutachtlich zu äussern; die Aeusserung ist binnen einer Woche nach Vorlegung der Akten (§ 13) zu erstatten.

Wird der Antrag zurückgenommen, so hat die Staatsanwaltschaft nöthigenfalls durch Stellung eines neuen Antrags dem Verfahren Fortgang zu geben, falls sie die Voraussetzungen der Entmündigung als gegeben erachtet.

§ 8. Erachtet die Staatsanwaltschaft die Anordnung einer vorläufigen Vormundschaft (Bürgerliches Gesetzbuch § 1906) im Interesse des zu Entmündigenden für geboten, so hat sie diese bei dem Vormundschaftsgericht in Anregung zu bringen und im Falle einer ablehnenden Entscheidung geeignetenfalls die Beschwerde einzulegen (Reichsgesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit § 57 Nr. 2).

§ 9. Von jedem über eine Entmündigung ergehenden Beschlusse hat die Staatsanwaltschaft sofort nach der Zustellung (Civilprozessordnung § 659) dem Vorsteher der Anstalt, in welcher der zu Entmündigende untergebracht ist, Nachricht zu geben und ihm den Namen des etwa bestellten vorläufigen Vormundes zu bezeichnen.

§ 10. Erfolgt in einer Entmündigungssache die Ueberweisung der Verhandlung und Entscheidung an ein Amtsgericht, dessen Sitz in einem anderen Landgerichtsbezirke liegt (§§ 650, 651), so sind die Akten an die dort zuständige Staatsanwaltschaft abzugeben.

II. Thätigkeit des Gerichts.

Das Gericht hat der Staatsanwaltschaft Mittheilung zu machen:

1. von der Einleitung des Entmündigungsverfahrens;
2. von einer nach §§ 650, 651 des C.-Pr.-O. erfolgten Ueberweisung der Verhandlung und Entscheidung an ein anderes Gericht.
3. von allen Terminen und zwar so zeitig, dass die Theilnahme eines Vertreters der Staatsanwaltschaft in dem Termine möglich ist.

Auch von wichtigen Vorkommnissen im Laufe eines Entmündigungsverfahrens ist der Staatsanwaltschaft Kenntniss zu geben.

Ausserdem muss nach § 656 Abs. 1 der Civilprozessordnung die Staatsanwaltschaft gehört werden, bevor über die Unterbringung des zu Entmündigenden in einer Heilanstalt Entscheidung getroffen wird.

§ 12. Die Mittheilungen (§ 11) erfolgen, wenn die Staatsanwaltschaft sich am Sitze des Amtsgerichts befindet, in allen Fällen, im Uebrigen, soweit es ohne Verzögerung der Sache möglich ist, durch Vorlegung der Akten, sonst durch Benachrichtigungsschreiben des Richters.

Die Staatsanwaltschaft kann auch in anderen als den im § 11 bezeichneten Fällen von den Akten Einsicht nehmen und aus ihnen Abschriften sich ertheilen lassen.

§ 13. Erachtet das Gericht die Ermittelungen für abgeschlossen, so hat es vor der Beschlussfassung über den Antrag auf Entmündigung die Akten der Staatsanwaltschaft zur Aeusserung (§ 7 Abs. 3) vorzulegen.

§ 14. Bei den Ermittelungen in Entmündigungssachen wird den Amtsgerichten die Beachtung nachstehender Punkte empfohlen:

1. Mündlich von Sachverständigen abgegebene Gutachten sind vollständig, nicht bloss ihrem Ergebnisse nach und nicht bloss insoweit, als der Richter dies für die Erlangung seiner persönlichen Ueberzeugung erforderlich hält, zu den Akten festzustellen.
2. Die Wahl der Sachverständigen ist in erster Linie auf solche Personen zu richten, welche auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf beson-

sitzen. Sind solche Personen nicht zu erreichen, so ist, wenn möglich, ein Kreisphysikus oder wenigstens ein pro physicatu geprüfter Arzt zu wählen.

Der Sachverständige muss sich möglichst genau über den Geisteszustand des zu Entmündigenden unterrichten. Zu dem Zwecke nimmt er eine genaue Anamnese auf und befragt auch die Angehörigen und die nächste Umgebung. Besuche, die man zu dem Zwecke unternimmt, nennt man Vorbesuche. Es steht dem Sachverständigen frei, diese Vorbesuche so oft auszuführen, als er sie für nöthig hält; sind aber mehr als drei Vorbesuche nöthig, so hat er, wenn sie honorirt werden sollen, für weitere erst die Genehmigung des requirirenden Gerichts einzuholen.

---

derer Erfahrung besitzen. Sind solche Personen nicht zu erreichen, so ist die Wahl, wenn möglich, auf einen Kreisphysikus (Kreisarzt) oder wenigstens auf einen zu diesem Amte geprüften Arzt zu richten.

3. Den Sachverständigen ist die Ladung zu dem Termine so zeitig zuzustellen, dass sie sich, wenn nöthig, schon vorher durch Besuche, Nachfragen oder sonst über den Geisteszustand des zu Entmündigenden ein sicheres Urtheil bilden können. Eine Frist von sechs Wochen wird in den meisten Fällen hierzu reichen. Zu demselben Zwecke ist den Sachverständigen auch, soweit dies angängig, Einsicht zu den Akten zu gestatten.
4. Die Vernehmung des zu Entmündigenden erfolgt in der Regel an seinem Wohnort oder seinem Aufenthaltsorte, gegebenenfalls in der Wohnung oder in der Anstalt.
5. Unterbleibt die gerichtliche Vernehmung des zu Entmündigenden (G.-Pr.-O. § 654 Abs. 3) so ist der Grund hierfür aktenzuwendig zu machen.

§ 15. Abschrift eines jeden in einer Entmündigungssache erstatteten schriftlichen oder mündlich abgegebenen und zu den Akten festgestellten Gutachtens ist mit möglichster Beschleunigung dem Regierungspräsidenten einzusenden. Dem Gutachten ist eine Abschrift des Protokolls über die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden oder des Vermerkes über die Gründe, aus denen die Vernehmung unterblieben ist (§ 14 Nr. 5), beizufügen.

§ 16. Wegen der Theilnahme eines Abgeordneten oder Bevollmächtigten der Russischen Botschaft oder eines Russischen Konsulats an den Terminen in Sachen, welche die Entmündigung Russischer Staatsangehörigen betreffen, bewendet es bei der Allgemeinen Verfügung vom 11. Dezember 1860 (Just.-Minist.-Bl. S. 459).

§ 17. In dem Verfahren wegen Entmündigung einer Militärperson des aktiven Dienststandes ist der vorgesetzten Militärbehörde des zu Entmündigenden von der Einleitung des Verfahrens und von der Entscheidung über den Antrag auf Entmündigung Mittheilung zu machen.

II. Allgemeine Vorschriften.

§ 18. Auf schleunige Erledigung der Anträge auf Entmündigung ist thunlichst Bedacht zu nehmen.

§ 19. Die §§ 1, 2, 3 Abs. 3, die §§ 5 bis 7, 9 bis 18 finden in dem Verfahren, betreffend die Wiederaufhebung einer Entmündigung entsprechende Anwendung.

§ 20. Wegen der Behandlung der in Entmündigungssachen der Staatskasse zur Last fallenden Kosten bewendet es bei der Allgemeinen Verfügung vom 18. November 1893 (Just.-Minist.-Bl. S. 330).

§ 21. Die Verfügung vom 16. Oktober 1826 (v. Kamptz, Jahrb. Bd. 28 S. 296) sowie die Allgemeinen Verfügungen vom 4. März 1839 (Just.-Minist.-Bl. S. 102), 3. Februar 1840 (Just.-Minist.-Bl. S. 69), 10. Februar 1880 (Just.-Minist.-Bl. S. 28), 27. November 1882 (Just.-Minist.-Bl. S. 372), 10. Mai 1887 (Just.-Minist.-Bl. S. 129) und 8. August 1894 (Just.-Minist.-Bl. S. 241) werden aufgehoben.

§ 22. Diese Verfügung tritt am 1. Januar 1900 in Kraft."

Der Termin, d. h. die persönliche gerichtliche Vernehmung ist dazu da, damit das Gericht resp. die Gerichtsperson, welche den Beschluss des Amtsgerichts darüber anzufertigen hat, ob der Provokat unter Vormundschaft gestellt werden soll oder nicht, aus eigener Wahrnehmung sich ein Urtheil bilden kann. Der Sachverständige fungirt in dem Termine als Gehülfe, der Richter leitet den Termin und die Thätigkeit des Sachverständigen.

Der Sachverständige hat das Recht, auch seinerseits an den Provokaten Fragen zu richten, nachdem der den Vorsitz führende Richter sich mit dem zu Entmündigenden unterhalten hat. Werden Antworten des Provokaten auf die Fragen des Richters nicht wörtlich, sondern nur dem Sinne nach protokollirt, so ist es Pflicht des Sachverständigen, den Richter aufmerksam zu machen, dass durch eine nicht wörtliche Wiedergabe der Antworten häufig wichtige auf Krankheit hinweisende Anzeichen verloren gehen. Auch im Gutachten selbst, das der Sachverständige entweder im Termine zu Protokoll diktirt, oder in schwierigeren Fällen, nach Anordnung des Richters, als besonderes Gutachten schriftlich einreicht, muss der Sachverständige auf derartige Fehler in der Niederschrift des Protokolls aufmerksam machen.

Damit der erkennende Richter sich möglichst immer aus eigener Anschauung sein Urtheil bildet, ist im § 650 die Möglichkeit der Ueberweisung der Entmündigungssache an das Amtsgericht, in dessen Bezirk der zu Entmündigende sich aufhält, vorgesehen. Besonders kommt hierbei in Betracht, die Entmündigung der in Anstaltspflege befindlichen Geisteskranken.

Gelegentlich kommt es vor, dass ein zu Entmündigender, z. B. ein Paranoiker der sich für ganz gesund hält und in dem gegen ihn eingeleiteten Entmündigungsverfahren nur eine neue Intrigue seiner Feinde erblickt, sich der Untersuchung durch den Sachverständigen und der persönlichen gerichtlichen Vernehmung zu entziehen sucht, für solche Fälle ist in § 654 die Vorführung des Provokaten vorgesehen.

Nicht immer wird der Sachverständige in der Lage sein auf Grund der bei den Vorbesuchen und im Termin gemachten Wahrnehmung ein Gutachten abzugeben. In solchen zweifelhaften Fällen kann die Beobachtung in einer Heilanstalt beantragt werden.

Zu dem Antrag auf Anstaltsbeobachtung ist ein ärztliches Gutachten erforderlich, welches ausspricht, dass zur Feststellung des Geisteszustandes, also zur Abgabe des nach § 656 vorgesehenen Gutachtens die Unterbringung in einer Anstalt erforderlich sei.[1])

Da in dem § 656 nur von einer Heilanstalt die Rede ist, kann die Beobachtung auch in einer Privatanstalt durchgeführt werden (im Gegensatz zu § 81 Str. P. O.); eine reine Pflegeanstalt ist jedoch ausgeschlossen.

[1]) v. Hase und B. Mugdan: Die gesammten Materialien zu den Reichsjustizgesetzen. Bd. VIII. Begründung der Novelle zur Z. Pr. O. Berlin 1898.

Die Beobachtung in einer Heilanstalt ist nur möglich, wenn sie ohne Nachtheil für den Geisteszustand durchgeführt werden kann.

In zweifelhaften Fällen wirkt der Umstand, dass der Geisteszustand überhaupt in Zweifel gezogen wird, schon an sich sehr erregend, auch wird die Unterbringung zur Beobachtung in einer Heilanstalt eine gewisse Erregung und Erbitterung hervorrufen. Man wird aber in diesem Erregungszustand kaum eine Benachtheiligung des Geisteszustandes erblicken können, denn sonst müsste man bei diesen Individuen von der Durchführung der oft dringend nothwendigen Entmündigung überhaupt Abstand nehmen. Selbstverständlich wird man in allen den Fällen, wo die mit der Ueberführung nach der Anstalt verbundenen Strapazen und Erregungen einen direkten Nachtheil für die Gesundheit bringen können, von der Beobachtung absehen müssen.

Die Möglichkeit einer Anstaltsbeobachtung kann durch das Recht des zu Entmündigenden, sofortige Beschwerde gegen diese Anordnung des Gerichts zu erheben, sehr verzögert werden (Querulanten). Auch der Umstand, dass der Antragsteller seine Einwilligung dazu geben muss, ist geeignet, die Bedeutung der Einführung der Anstaltsbeobachtung abzuschwächen. Ein Antragsteller kann aus Sparsamkeit — weil er die Kosten tragen müsste (§ 658) — oder weil er ein Interesse an der Entmündigung hat, und befürchtet, dass die Anstaltsbeobachtung ein anderes Ergebniss haben könnte als die einmalige im Termine (z. B. bei periodischer Psychose), seine Zustimmung verweigern[1]).

Kommt der Sachverständige zu keinem bestimmten Resultate, lässt sich die Beobachtung in einer Heilanstalt nicht erreichen, so kann eine erneute persönliche gerichtliche Vernehmung für einen späteren Termin, etwa nach sechs Monaten, in Aussicht genommen werden.

Der zu Entmündigende hat eine ganze Reihe von Rechtsmitteln um sich gegen das Bestreben, ihn unter Vormundschaft zu stellen, zu wehren.

So ist ihm im § 653 das Recht gegeben, auch seinerseits Beweismittel zu bezeichnen, ein Recht, das bei Geisteskranken, welche dem Laien als gesund imponiren, nichtsdestoweniger aber dringend einer Vormundschaft bedürfen, die Durchführung einer Entmündigung sehr erschweren kann.

Hat das Amtsgericht die Entmündigung beschlossen, so hat der Entmündigte das Recht die Entmündigung anzufechten (§§ 664 bis 672). Weist das Amtsgericht seine Anfechtung zurück, so kann er bei dem zuständigen Landgericht klagen.

Der Entmündigungsbeschluss wird selten angefochten. Die meisten Geisteskranken sind zu der Zeit, wo es zur Entmündigung kommt, bereits so sehr in ihrem Urtheil beschränkt,

---

[1]) Kurella: Die Novelle zur Zivilprocessordnung und das Entmündigungsverfahren. Zentralblatt für Nervenheilkunde; 1898, August.

dass sie den ganzen Vorgang nicht mehr seinem vollen Werthe nach auffassen. Unter 4000 Entmündigungen, die vom Jahre 1891 bis 1896 stattgefunden haben, ist nur 76 Mal eine Anfechtung erfolgt.

In vielen Fällen, so namentlich bei der progressiven Paralyse wird das Entmündigungsverfahren zu spät eingeleitet.

Bessert sich der Zustand eines Geisteskranken so, dass nicht mehr von einem Zustand von „Geisteskrankheit" oder „Geistesschwäche" im Sinne des § 6 B.G.B. gesprochen werden kann, oder ist der Kranke genesen, so kann und muss die Entmündigung wieder aufgehoben werden.

Auch hier hat der Entmündigte das Recht, den Antrag zu stellen, ebenso wie der gesetzliche Vertreter und der Staatsanwalt. Das Amtsgericht hebt die Entmündigung nicht auf, ohne Sachverständige zu hören und den Entmündigten persönlich gerichtlich zu vernehmen.

Wird der Antrag auf Aufhebung der Entmündigung abgelehnt, so ist es auch hierbei möglich, den Weg der Klage zu betreten.

Abschrift der in Entmündigungssachen abgegebenen Gutachten sind in Preussen unter möglichster Beschleunigung dem Regierungspräsidenten einzusenden und werden von diesem nach Prüfung durch den Reg.- und Medizinalrath allmonatlich an das Provinzial-Medizinalkollegium zur medizinisch-technischen Revision weiter befördert. Ist dieses auf Grund der mitgetheilten Thatsachen anderer Ansicht als der Sachverständige, so kann das Gericht um Klarheit zu schaffen, noch andere Sachverständige hören oder das Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen einholen; der Sachverständige, welcher sein Gutachten nach besten Wissen und Gewissen abgiebt, kann aber nicht gezwungen werden, den Tenor seines Gutachtens zu ändern.

2. Verfahren bei Entmündigung wegen Trunksucht.

Die Z.-P.-O. bestimmt darüber:

§ 680. „Die Entmündigung wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht erfolgt durch Beschluss des Amtsgerichts.

Der Beschluss wird auf Antrag erlassen.

Auf das Verfahren finden die Vorschriften des § 646 Abs. 1 und der §§ 647, 648, 653, 657, 663 entsprechende Anwendung.

Eine Mitwirkung der Staatsanwaltschaft findet nicht statt.

Die landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen eine Gemeinde oder ein der Gemeinde gleichstehender Verband oder ein Armenverband berechtigt ist, die Entmündigung wegen Verschwendung oder Trunksucht zu beantragen, bleiben unberührt.

§ 681. Ist die Entmündigung wegen Trunksucht beantragt, so kann das Gericht die Beschlussfassung über die Entmündigung aussetzen, wenn Aussicht besteht, dass der zu Entmündigende sich bessern werde.

§ 682. Die Kosten des amtsgerichtlichen Verfahrens sind, wenn die

Entmündigung erfolgt, von dem Entmündigten, anderenfalls von dem Antragsteller zu tragen.

§ 683. Der über die Entmündigung zu erlassende Beschluss ist dem Antragsteller und dem Entmündigten von Amtswegen zuzustellen.

Der die Entmündigung aussprechende Beschluss tritt mit der Zustellung an den Entmündigten in Wirksamkeit. Der Vormundschaftsbehörde ist ein solcher Beschluss von Amtswegen mitzutheilen.

§ 684. Der die Entmündigung aussprechende Beschluss kann binnen der Frist eines Monats von dem Entmündigten im Wege der Klage angefochten werden.

Die Frist beginnt mit der Zustellung des Beschlusses an den Entmündigten.

Die Klage ist gegen denjenigen, welcher die Entmündigung beantragt hatte, falls aber dieser verstorben oder sein Aufenthalt unbekannt oder im Auslande ist, gegen den Staatsanwalt zu richten.

Auf das Verfahren finden die Vorschriften der §§ 665, 667, 669, 670, 672—674 entsprechende Anwendung.

§ 685. Die Wiederaufhebung der Entmündigung erfolgt auf Antrag des Entmündigten oder desjenigen gesetzlichen Vertreters der Entmündigten, welchem die Sorge für die Person zusteht, durch Beschluss des Amtsgerichts unter entsprechender Anwendung der §§ 647, 653, des § 676, Abs. 1, 2, des § 677 und des § 678, Abs. 1. 3.

§ 686. Wird der Antrag auf Wiederaufhebung von dem Amtsgerichte abgelehnt, so kann derselbe im Wege der Klage beantragt werden.

Zur Erhebung der Klage ist derjenige gesetzliche Vertreter des Entmündigten befugt, welchem die Sorge für die Person zusteht. Will dieser die Klage nicht erheben, so kann der Vorsitzende des Prozessgerichts dem Entmündigten einen Rechtsanwalt als Vertreter beiordnen.

Die Klage ist gegen denjenigen, welcher die Entmündigung beantragt hatte, falls aber dieser verstorben, oder sein Aufenthalt unbekannt oder im Auslande ist, gegen den Staatsanwalt zu richten.

Auf das Verfahren finden die Vorschriften der §§ 665, 667, 669, 670, 672—674 entsprechende Anwendung.

§ 687. Die Entmündigung einer Person wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht, sowie die Wiederaufhebung einer solchen Entmündigung ist von dem Amtsgericht öffentlich bekannt zu machen."

Der Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht kann von all' den Personen gestellt werden, welche zur Stellung eines Antrags auf Entmündigung wegen Geisteskrankheit berechtigt sind, nur der Staatsanwalt ist zu einem solchen Antrag nicht berechtigt. Es ist daher der Fall denkbar, dass zum Antrag berechtigte Personen überhaupt nicht vorhanden sind, z. B. dass bei einem alleinstehenden Junggesellen Blutsverwandte, denn das sind die Verwandten im Sinne des Gesetzes, nicht mehr existiren. Allerdings bemerkt der § 680, dass landesgesetzliche Vorschriften, nach welchen eine Gemeinde oder ein der Gemeinde gleichstehender Verband oder ein Armenverband zur Stellung des Antrages auf Entmündigung wegen Trunksucht berechtigt ist, unberührt bleiben. In Preussen bestimmt das Ausführungsgesetz betr. Aenderung der Z. P. O. in Artikel I, Ziffer 3:

„Die Entmündigung wegen Verschwendung oder Trunksucht kann auch von dem Armenverbande beantragt werden, dem die Fürsorge für den zu Entmündigenden im Falle seiner Hilfsbedürftigkeit obliegen würde."

Für Bayern ist diese Frage durch das Gesetz die öffentliche Armen und Krankenpflege betreffend vom 29. April 1869, Art. 36, Abth. 4, für Sachsen das Gesetz die Entmündigung und Bevormundung Geisteskranker, Gebrechlicher und Verschwender betreffend vom 20. II. 1882 No. 1, für Sachsen-Weimar das Ausführungsgesetz zur Zivilprocessordnung vom 21. Mai 1871 § 6. geregelt.[1])

Zur Entmündigung wegen Trunksucht ist weder die persönliche gerichtliche Vernehmung des zu Entmündigenden, noch die Vernehmung von Sachverständigen erforderlich. Damit ist aber nicht ausgeschlossen, dass gelegentlich Sachverständige vernommen werden können. Unter bestimmten Bedingungen wird das sogar geschehen müssen.

Die Beschlussfassung über die Entmündigung kann ausgesetzt werden, wenn die Aussicht besteht, dass der zu Entmündigende sich bessern werde. Die Aussicht auf Besserung bei einem Trunksüchtigen ist meist eine sehr problematische.

Es darf diese Aussicht nicht nur in einem Versprechen des Trinkers bestehen, dass er nicht mehr trinken will. Die beste Aussicht auf Besserung wird geboten, wenn sich der Trunksüchstige in eine Trinkerheilanstalt begiebt.

Die Aussetzung der Beschlussfassung über die Entmündigung ist für den Trinker von grosser Wichtigkeit; denn es werden ihm dadurch die Veröffentlichung und die Kosten der Entmündigung erspart.

Die Anfechtung der Entmündigung und die Wiederaufhebung der Entmündigung wegen Trunksucht sind so geregelt wie die Aufhebung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit. Doch kommen auch hierbei die Bestimmungen betreffend die persönliche gerichtliche Vernehmung und das Hören von Sachverständigen in Wegfall.

---

[1]) v. Hase und Mugdan; l. c., S. 132.

IV. Die besonderen, bei der psychiatrischen Begutachtung zu berücksichtigenden einzelnen Seelenstörungen.

Bei dem knappen zur Verfügung stehenden Raum kann die Besprechung der besonderen, bei der Begutachtung zu berücksichtigenden Eigenthümlichkeiten der einzelnen Seelenstörungen nur in der Weise geschehen, dass die Hauptpunkte der psychiatrischen Diagnostik als bekannt vorausgesetzt werden. Auch ist es nicht möglich, all' die einzelnen Formen zu berücksichtigen, welche die im Einzelnen fast täglich wechselnde Nomenklatur aufgestellt hat. Es können vielmehr nur die allgemeinen Grundtypen in den Kreis unserer Betrachtungen gezogen werden.

A. Die Stimmungsanomalien oder Gemüthserkrankungen.

Die beiden Grundtypen dieser Erkrankungsgruppe sind die Melancholie und die Manie.

1. Melancholie.

Ein Konflikt mit dem Strafgesetzbuch wird bei der Melancholie nach 3 Richtungen hin betrachtet.

1. Treiben die qualvolle Angst und Unruhe, wenn sie sich zu unerträglicher Höhe steigern — die einzelnen Individuen sind gegen diese depressiven Gefühle ebenso verschieden widerstandsfähig wie gegen Schmerzen — die Kranken zu suiciden und homiciden Impulsen. Die bei der Melancholie fast stets vorhandene Gefahr des Selbstmords interessirt uns hier nicht; dagegen müssen wir uns genauer mit dem homiciden Impulse, dem Raptus melancholicus, wie man diesen Zustand bezeichnet, beschäftigen.

Der Kranke begeht, um sich aus dem unerträglichen Zustande anhaltender Angst und Verzweiflung zu befreien, plötzlich einen Gewaltakt. Charakteristisch für diese Zustände ist, dass das Bewusstsein während derselben in Folge der enormen

Affekthöhe meist stark getrübt ist, so dass die Kranken oft nur eine unvollkommene oder gar keine Erinnerung mehr an das haben, was während ihrer Erregung passirt ist. Es kommt hierbei zu den entsetzlichsten Morden.

Wir beobachten einen Raptus melancholicus im Allgemeinen selten. Am häufigsten sind Fälle bekannt geworden, in denen es sich um Wöchnerinnen handelte, welche plötzlich ihre Kinder oder ihren Mann umbrachten.

2. Kommt es bei Melancholie auf Grund der Unwürdigkeitsideen zu falschen Selbst-Anschuldigungen.

Nicht selten sind auf Grund solcher falschen Selbstanschuldigungen Untersuchungen eingeleitet worden, weil die Kranken mit allen Details beschreiben, wie sie einen Mord vollbracht haben. Meist handelt es sich um einen Mord, für den der Thäter nicht aufzufinden ist, der aber mit gebührender Breite in der Zeitung besprochen wird.

Es besteht in diesen Fällen das eigenthümliche Verhältniss, dass der Melancholiker durch seine Krankheit seinem Wunsche entsprechend mit dem Strafgesetzbuche in Konflikt kommt für ein Verbrechen, das er garnicht begangen hat, aber es kann die Selbstanzeige strafrechtlich nicht benutzt werden, weil nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese Anzeige lediglich ein Ausfluss der Krankheit ist.

Auch zu zivilrechtlichen Prozessen können die aus den Unwürdigkeitsideen entstehenden, mit Bestimmtheit auftretenden Selbstanklagen der Melancholiker Veranlassung geben.

3. Kann eine Melancholie zum Konflikt mit dem Strafgesetzbuch führen dadurch, dass die traurige Verstimmung und Vorstellungsverlangsamung, die manchmal in einer für den Laien nicht erkennbaren Weise verläuft oder vor der Umgebung von dem Kranken mit Geschick verborgen wird, den Kranken unfähig machen, seine Berufsgeschäfte wie gewohnt zu erledigen. Es kommt dabei zu schweren Unterlassungen im Amt.

Handelt es sich um die Entmündigung eines Melancholikers, so ist der Nachweis zu führen, dass die Hauptsymptome der Krankheit, die traurige Verstimmung, die Verlangsamung im Vorstellungsablaufe, der verminderte Bewegungsdrang und namentlich die Angst, hindernd in die normale Geistesthätigkeit eingreifen und dadurch eine geordnete, ruhige Ueberlegung unmöglich machen.

Ein Kranker, der mit seinen Gedanken nicht vorwärts kommt, immer bei dem vermeintlichen Grunde seiner Angst, seiner Verstimmung hängen bleibt, wird zwar einzelne Dinge noch übersehen können; man wird deshalb nicht sagen können, dass er „geisteskrank" im Sinne des § 6 B.G.B. sei, wenn er auch seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, sondern man wird ihn für „geistesschwach" erklären müssen.

Treten Unwürdigkeitsideen in bestimmter Form auf, so können auch diese noch weiter die geistige Thätigkeit und die Handlungen auf durch die Krankheit bedingte falsche Bahnen leiten. Steigern sich die Symptome bis zur agitirten Melan-

cholie, jammert der Kranke ununterbrochen in monotoner Weise, ohne auf Fragen zu reagiren, vor sich hin, so wird man erklären müssen, dass der Kranke im Sinne des § 5 B.G.B. in Folge von „Geisteskrankheit" seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, weil ihm jede ruhige und sachgemässe Ueberlegung vollständig unmöglich ist.

Es giebt auch einen Zustand von habituell melancholischer Verstimmung. Derartige Kranke nehmen Alles ausserordentlich schwer, arbeiten langsam und leisten in ihrem Gewerbe nur sehr mittelmässiges, trotzdem sind sie aber im Stande, ihre Angelegenheiten zu besorgen. In solchen Fällen wird eine Entmündigung nicht in Frage kommen, sondern höchstens, wenn die Verhältnisse sehr komplizirt liegen, die Einrichtung einer Pflegschaft. Die Zustimmung hierzu wird meist leicht zu erlangen sein.

2. Manie.

Die reine Manie ist eine Krankheitsform, welche verhältnissmässig wohl nicht selten zu Konflikten mit dem St.G.B. führt, aber selten zu einem länger dauernden Verfahren Veranlassung giebt, weil sie gewöhnlich unter so stürmischen Erscheinungen auftritt, dass auch dem Laien die geistige Erkrankung sofort offensichtlich ist.

Allerdings begleiten nicht selten Anklagen wegen groben Unfugs und wegen Widerstandes gegen die Staatsgewalt den Maniacus in die Anstalt. Bei Frauen und Mädchen steigern sich die erotischen Empfindungen in seltenen Fällen so, dass sie im Begriff, sich öffentlich anzubieten, sistirt werden. In rasch verlaufenden Fällen von Manie wird es nicht zur Entmündigung kommen. Dauert es doch nicht zu selten von der Stellung des Antrages bis zur persönlichen gerichtlichen Vernehmung über drei Monate. Die Unfähigkeit, die Angelegenheiten selbst zu verwalten, die Vermögensinteressen zu wahren, ergiebt sich einmal aus der heiteren Verstimmung, welche eine klare, nüchterne Beurteilung der Verhältnisse nicht gestattet, und weiterhin aus der Vorstellungsbeschleunigung und Ideenflucht. Einen Menschen, der mit seinem Gedankengange vom Hundertsten ins Tausendste kommt, an jeden neuen Eindruck anknüpft, stets etwas Neues anfängt, um alles Andere wieder liegen zu lassen, hat nicht die ruhige Ueberlegung beim Denken, welche erforderlich ist, um die Angelegenheiten zu besorgen. Im Sinne des § 6 B.G.B. wird man die Maniakalischen, welche sich in hochgradig erregtem Zustande befinden, welche in zusammenhangloser Weise fortschwatzen, auf keine Frage eine sachgemässe Antwort geben, für „geisteskrank" erklären müssen.

Die Maniakalischen leichteren Grades können wohl noch einzelne einfache Dinge übersehen und erledigen, sie sind aber bei ihrem gehobenen Selbstgefühl und ihrer Vorstellungsbeschleunigung an einem klaren Einblick in ihre Verhältnisse gehindert. Sie sind deshalb unfähig, ihre Angelegenheiten zu

besorgen und müssen deshalb im Sinne des § 6 B.G.B. für „geistesschwach" erklärt werden.

Die Melancholie und Manie können auch periodisch auftreten.

Es ist verschiedentlich behauptet worden, dass in den anfallsfreien Intervallen der periodischen Psychosen von einer geistigen Klarheit und Gesundheit nicht die Rede sein könne. Ein Mensch, der an einer periodischen Psychose erkrankt sei, müsse als dauernd krank betrachtet werden, also auch im anfallsfreien Intervall. Eine solche Generalisirung widerspricht den Thatsachen. Es giebt Fälle, welche im anfallsfreien Intervall auch bei skrupulösester Untersuchung nichts Krankhaftes erkennen lassen und mit grossem Erfolg schwierigen Aemtern und grossen Geschäften vorstehen und ebenso Fälle, welche auch im Intervall deutlich krank sind. Es kann deshalb, wenn zivilrechtlich die Handlungsfähigkeit im Intervall bestritten wird, nicht aus dem Faktum allein, dass eine periodische Psychose vorliegt, die Handlungsunfähigkeit abgeleitet werden.

Dasselbe gilt von der strafrechtlichen Verantwortlichkeit der Kranken.

Allerdings kommt die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit im anfallsfreien Intervall bei den periodischen Psychosen weniger in Frage; weil die Konflikte mit dem St.G.B. gewöhnlich in der Attaque begangen werden. Es giebt einzelne Fälle, namentlich von periodischer Manie, bei denen man eine neue Attaque schon fast mit Sicherheit aus dem Auftreten neuer Konflikte diagnostiziren kann. Häufig wird diese Diagnose auch durch die charakteristischen, bei den Akten befindlichen, Schriftstücke unterstützt.

Wichtig ist ferner, dass die periodische Manie oft mit der Zeit einen räsonnirenden Charakter annimmt, namentlich bei Frauen; d. h., die Kranken sind mit nichts zufrieden, schimpfen in ideenflüchtiger Weise über alles, fühlen sich leicht zurückgesetzt und werden oft geradezu Querulanten.

Die Kranken, welche an Folie circulaire leiden, kommen meist verhältnissmässig erst spät in die Anstalt, wenn im maniakalischen Stadium doch schliesslich irgend ein Konflikt, zu dem Renommirsucht und Uebermuth getrieben haben, eingetreten ist. In dem maniakalischen Stadien der Folie circulaire, wenn in Folge der besseren Ernährung, des gehobenen Selbstgefühls und der krankhaft gesteigerten Kraft, die den ganzen Körper durchströmt, die Kranken um viele Jahre jünger aussehen, tritt leicht eine gesteigerte sexuelle Appetenz auf und führt dazu, dass in unüberlegter Weise eine Ehe eingegangen wird. Es ist nicht unmöglich, diese Ehe auf Grund des § 1325 B.G.B. anzufechten; ich bin aber überzeugt, dass man in leichteren Fällen von Folie circulaire Schwierigkeiten haben wird, den Richter von dem Vorhandensein einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit zur Zeit der Eheschliessung zu überzeugen.

Zu einer Entmündigung kommt es bei der Folie circulaire erst später. Eine Ehescheidung wird nach der Fassung,

wie sie der betreffende Paragraph im Bürgerlichen Gesetzbuche erhalten hat, nur dann möglich sein, wenn erst ein mehr chronisches Stadium und Verblödung eingetreten ist. In manchen Fällen dauert es aber Jahrzehnte, bis ein solcher Zustand eintritt.

B. Verstandeserkrankungen. Paranoiagruppe.

1. Akute Paranoia, akutes halluzinatorisches Irresein.

Unter den Verstandserkrankungen, der Paranoiagruppe kommen die akuten Störungen (akute Paranoia, akute Verwirrtheit, akutes halluzinatorisches Irresein (Fürstner) verhältnissmässig selten zur Begutachtung in foro, weil die stürmischen Symptome die Krankheit sofort auch für den Laien erkennbar machen. Immerhin sind aber viele dieser Kranken gefährlich für ihre Umgebung, sie fühlen sich häufig bedroht, sind nicht im Stande über ihre Umgebung ins Klare zu kommen und gehen auf diese blind mit jeder Waffe, welche ihnen gerade in die Hände kommt, los. Ihre Handlungen sind häufig gänzlich sinn- und zwecklos.

Nicht selten bricht eine deratige akute Verstandsstörung bei Individuen, welche sich in Haft befinden, aus, man bezeichnet sie alsdann als Zuchthausknall oder Gefängnisspsychose. Diese Fälle kommen häufig zur Genesung; man kann also bei einer dahingehenden Frage der Staatsanwaltschaft zunächst immer antworten, dass Genesung in absehbarer Zeit zu erwarten sei. Nicht minder häufig stellen sie aber auch den akuten Beginn der später zu besprechenden chronischen Paranoia dar.

Ueberhaupt fallen nicht alle im Gefängniss entstehenden Psychosen unter die beschriebenen Kategorien. Die psychische Erregung, welche die gerichtlichen Verhandlungen, die Verurtheilung, das eintönige Leben im Gefängnisse und vor allem die Einzelhaft mit sich bringen, können bei vorbereitetem Boden die allerverschiedensten Psychosen hervorrufen; man beobachtet Melancholien, rein maniakalische Zustände, progressive Paralyse, kurz, alle bekannten Formen.

Namentlich bei dem akuten halluzinatorischen Irresein der Wöchnerinnen beobachten wir gelegentlich, dass imperativ auftretende Sinnestäuschungen zu schweren gewaltthätigen Handlungen Veranlassung geben, z. B. Kindesmord[1]), Brandstiftung u. s. w.

Zu einer Entmündigung wird es bei den akuten Verstandesstörungen selten kommen; denn das Entmündigungsverfahren entwickelt sich so langsam, dass der Kranke meist schon in der Rekonvaleszenz oder genesen ist, wenn es zur persönlichen gerichtlichen Vernehmung und zur Abgabe eines Gutachtens kommt. Befindet sich der Kranke noch auf der

[1]) Vergl. den S. 16 in meiner gerichtlichen Psychiatrie veröffentlichten Fall.

Höhe der Krankheit, so ist es auch dem Laien ohne Weiteres klar, dass bei der grossen Verwirrtheit und Zusammenhangslosigkeit der Kranke im Sinne des § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches wegen „Geisteskrankheit" nicht im Stande ist, seine Angelegenheiten zu besorgen. Bei dem Ausgange des Leidens in einen chronischen Zustand wird man in den Fällen, wo es zu einem starken geistigen Defekte oder zur Ausbildung einer sekundären Verwirrtheit gekommen ist, in demselben Sinne sich aussprechen müssen.

2. Chronische Formen der Paranoiagruppe. Querulantenwahnsinn.

Bei den chronischen Formen der Paranoiagruppe ist besonders zu bemerken, dass einzelne dieser Kranken ihre Krankheit mehr oder weniger geschickt zu verbergen verstehen, d. h. sie dissimuliren. Besteht ein Verdacht auf Paranoia chronica, so muss man sich sehr hüten, ohne eine gründliche Untersuchung und Beobachtung (in einer Anstalt) ein Votum dahin abzugeben, dass der Inkulpat nicht geisteskrank sei; man kann dabei die unangenehmsten Ueberraschungen erfahren.

Giebt es auch Paranoiker, welche Jahre lang ausserhalb einer Anstalt leben und mit Erfolg ihr Gewerbe ausüben oder ihrem Berufe nachgehen, so ist damit doch nicht ausgeschlossen, dass sie eines Tages plötzlich gefährlich werden, namentlich wenn irgend eine Gelegenheitsursache ihre Reizbarkeit besondern steigert oder aus unbekannten Gründen eine Exazerbation einsetzt, d. h. die Kranken mehr als gewöhnlich unter dem Einfluss von Wahnideen und Sinnestäuschungen stehen. Die Kranken wenden sich alsdann plötzlich gegen ihre vermeintlichen Verfolger oder gehen im Sinne ihrer Grössenideen vor. Z. B. stiehlt ein schwachsinniger Paranoiker, um die Mittel zur Ausführung seiner phantastischen Luftschiffprojekte zu bekommen, ein anderer macht plötzlich einen Mordversuch auf eine ihm bekannte Person, weil er sie für die Spionin seiner Verfolger hält, ein dritter versucht ein Attentat auf eine hochgestellte Persönlichkeit, in welcher er den Leiter der gegen ihn gerichteten Verfolgung erblickt. Andere wieder sehen in Feder und Papier die Waffen gegen ihre vermeintlichen Verfolger und kommen schliesslich wegen Beleidigung in Konflikt mit dem Strafgesetzbuch. Gelegentlich werden auch die Sinnestäuschungen und namentlich die Gehörstäuschungen als ein Gegenstand hypnotischer Beeinflussung aufgefasst und nun die verschiedensten Behörden, am häufigsten die Staatsanwaltschaften, in belästigender Weise um Schutz gebeten.

In den Exazerbationen der chronischen Paranoia, welche sich bekanntlich bis zu einem Zustand hochgradigster Verwirrtheit mit Aufregung steigern können, werden die Kranken oft, wie die akuten Fälle der Paranoiagruppe, für ihre Umgebung gefährlich.

Dass ein Paranoiker aus anderen, als krankhaften Motiven

ein Verbrechen begeht, dürfte sehr selten sein. Wenn sich wirklich dieser Fall ereignen sollte, so würde eine Verurtheilung, wenn man sich scharf an den Buchstaben des Gesetzes hält, nicht zu den Unmöglichen gehören; immerhin wird aber eine Bestrafung unmöglich sein, da an einem Geisteskranken eine Strafe nicht vollzogen werden darf. Wenn man weiter erwägt, dass ein Paranoiker, wenn er auch noch partiell richtig, d. h. unbeeinflusst durch seine Wahnideen und Sinnestäuschungen, zu denken versteht, doch, soweit die Einheit seiner geistigen Thätigkeit in Betracht kommt, schwer gestört ist, und dabei bedenkt, dass zur Beurtheilung von Recht und Unrecht, von Wahr und Unwahr und zur Ueberwindung verbrecherischer Gedanken, namentlich, wenn noch ein Affekt hinzukommt, eine viel ausgedehntere geistige Arbeit erforderlich ist, als eine gegebene einfache Handlung in ihren Folgen zu übersehen, so wird man begreifen, dass ein chronischer Paranoiker strafrechtlich wohl stets als unzurechnungsfähig gelten muss, während er zivilrechtlich für einen bestimmten Fall noch verfügungsfähig sein kann.

Immerhin ist aber die Geschäftsfähigkeit der Paranoiker oft schwer zu beurtheilen. Nur wenn das Wahnsystem in keiner Beziehung zu dem Geschäfte oder Willenserklärung steht und Schwachsinn sich nicht nachweisen lässt, kann daran gedacht werden für ein bestimmtes Geschäft, z. B. für eine Testamentserrichtung die Geschäftsfähigkeit als vorhanden anzunehmen. Dazu ist aber eine sehr genaue Kenntniss des ganzen Zustandes erforderlich und auch dann wird man gelegentlich, wenn es zum Termin kommt, Ueberraschungen erleben. Der Sachverständige muss bei der Willenserklärung selbst zugegen sein; denn es kommen im Verlaufe der Paranoia chronica allerlei leichtere, kaum bemerkbare, und schwerere Erregungszustände vor, so dass bei dem in Betracht kommenden Termine selbst der Kranke in seinem Denken ganz anders beeinflusst sein kann, als kurz vorher. Die Frage der Geschäftsfähigkeit lässt sich auch beim einzelnen Individuum nur von Fall zu Fall entscheiden.

Allgemeine Regeln, welche bei der Geschäftsfähigkeit der Paranoiker zu beachten sind, lassen sich nicht geben, es ist stets der einzelne Fall ins Auge zu fassen.

Wie steht es nun mit der Entmündigung der Paranoiker?

Einen verwirrten oder hochgradig gehemmten oder schwachsinnigen Paranoiker wird man, wenn die Störung ausgesprochen ist, ohne Bedenken für geisteskrank im Sinne des § 6 B. G. B. erklären können. In den Fällen dagegen, wo der Kranke, soweit der Kreis seines Systems nicht berührt wird, noch ein gutes Urtheil zeigt, sich noch mit Erfolg in seinem Fache, in seinem Berufe beschäftigt, wird man untersuchen müssen, ob wirklich die Besorgung der „Angelegenheiten" unter welchen alle Beziehungen, die ein Mensch zur Aussenwelt hat, id est, zur Familie, zu den Verwandten, zum Staat, zum Vermögen u. s. w. hat, zu verstehen sind, ohne Dazwischen-

treten krankhafter Momente möglich ist. Alsdann würde eine Entmündigung unterbleiben können. Die Paranoiker sind selten, bei denen nicht bei Besorgung eines dieser Kreise von Angelegenheiten krankhafte Momente sich geltend machen. Man wird also bei den meisten ruhigen Paranoikern, da diese Kranken noch eine grössere oder geringere Zahl von Vorstellungsreihen ohne das Dazwischentreten pathologischer Elemente bilden können, „Geistesschwäche" im Sinne des B.G.B. annehmen müssen.

Gelegentlich entwickelt sich eine chronische Paranoia unter der Form des Querulantenwahnsinn, wenn auch nicht alle Querulantenwahnsinnigen Paranoiker sind.

Zur Diagnose des Querulantenwahnsinns sei noch kurz bemerkt, dass das Queruliren allein die Diagnose nicht gestattet; es muss vielmehr nachgewiesen werden, dass das Queruliren auf einem krankhaften Motiv beruht. Das charakteristische Zeichen des geisteskranken Querulanten ist die Urtheilslosigkeit, mit der er sich rechtlich beeinträchtigt sieht und Anderen die schwersten Anschuldigungen zuschiebt, die Wahnbildung mit dem Charakter der Verfolgungsideen, welche eine ruhige Ueberlegung unmöglich macht, dadurch die erwähnte Urtheilslosigkeit herbeiführt und den verfolgten Kranken allmählich in einen Verfolger verwandelt. Dieser krankhaft bedingte Mangel an Urtheil wird in vielen Fälllen durch einen angeborenen Schwachsinn wesentlich unterstützt. Hierzu kommen die mehr äusserlichen, aber nicht minder charakteristischen Symptome in der Art und Weise, wie querulirt wird, wie die Schriftstücke abgefasst sind, in der Menge, in der sie erscheinen, in der Haltung und im Gebahren des Kranken.[1])

Es ist also nicht die einzelne Erscheinung des Querulirens, sondern eine ganze Reihe von krankhaften Erscheinungen, welche das charakteristische Krankheitsbild des Querulantenwahnsinns darstellt.

Bei der Entmündigung der Querulanten, welche oft sehr schwer durchzuführen ist, wird man häufig den Kranken nur für „geistesschwach" erklären können.

C. Komplizirte Seelenstörungen.

Die komplizirten Seelenstörungen sind dadurch ausgezeichnet, dass auf einer krankhaften Basis die allerverschiedenartigsten Symptomenkomplexe auftreten.

---

[1]) Da in neuerer Zeit gerade dem Querulantenwahnsinn von Laien eine mit besonders starkem Misstrauen gegen die Irrenärzte gesteigerte Beachtung geschenkt worden ist, mache ich auf folgende Publikationen zu weiterer Information aufmerksam:

Hitzig: Der Querulantenwahnsinn. Leipzig, Vogel. 1885.

Köppen: Der Querulantenwahnsinn. Arch. f. Psych. XXVIII. Heft. Ebenda auch ein ausführliches Litteraturverzeichniss.

Wernicke: Zur klinischen Abgrenzung des Querulantenwahnsinns. Monatsschrift f. Neurologie u. Psychiatrie 1897 Bd. 2, S. 1.

In strafrechtlicher Beziehung sind dieselben (die epileptische, hysterische, traumatische und degenerative Seelenstörung) dadurch besonders wichtig, dass die krankhafte Basis an sich noch nicht als eine Krankheit im Sinne des § 51 aufgefasst werden kann, dass die Kranken aber auf Alkohol oder im Affekt so reagiren können, dass eine Krankheit im Sinne des § 51 angenommen werden muss, dass bei denselben mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Zustände transitorischer Bewusstseinsstörungen sowie auf dem krankhaften Boden dauernd oder vorübergehend schwere psychische Störungen von wechselndem Charakter (maniakalische, melancholische, paranoische Symptomenkomplexe) auftreten können.

Die wichtigste Rolle unter den komplizirten Seelenstörungen spielt

1. Die Epilepsie.

Nicht jeder Epileptiker ist als geisteskrank im Sinne des § 51 zu betrachten, aber bei jedem Epileptiker müssen wir daran denken, dass einer der Zustände, wie sie der § 51 vorsieht, zur Zeit der Begehung der That vorgelegen haben kann.

Einer dieser Zustände hat vorgelegen, wenn wir nachweisen können, dass sich der Epileptiker zur Zeit der Begehung der That in einem Zustande transitorischer Bewusstseinsstörungen befunden hat. In diesen Zuständen, für welche eine totale Amnesie keine absolute Vorbedingung ist, werden oft die schwersten Gewaltakte begangen, Mord, Nothzucht u. s. w.

Man bezeichnet die transitorischen Bewusstseinsstörungen auch als Dämmerungszustände — post- und praeepileptisches Irresein — und als Aequivalent, indem man annimmt, dass dieser Zustand an Stelle eines Krampfanfalles aufgetreten ist.

Entwickeln sich auf dem Boden der Epilepsie psychische Störungen, z. B. ein paranoischer Symptomenkomplex, dann haben wir es mit einem sogenannten geisteskranken Epileptiker zu thun. Bei der Begutachtung in foro wird in diesen Fällen der Nachweis der Krankheit nicht schwer fallen.

Nicht selten ist die Epilepsie komplizirt mit angeborenem Schwachsinn, Idiotie und Imbezillität. Auch in diesen Fällen wird man selten Schwierigkeiten haben, wenn man die später bei Besprechung der Schwachsinnszustände hervorzuhebenden Gesichtspunkte gebührend berücksichtigt.

Bei vielen Epileptikern, namentlich bei solchen mit zahlreichen Anfällen, entwickeln sich bei dem einen früher, bei dem anderen später, eine ausgesprochene Charakterveränderung; es handelt sich um eine allmählich fortscheitende degenerative Veränderung der gesammten geistigen Individualität. Sie ist gekennzeichnet durch das Auftreten ausgesprochener ethischer Defekte. Es tritt ein schroffer Egoismus auf; alle Pflichten gegen die nächsten Angehörigen werden

vergessen; desgleichen zeigt sich eine ausgesprochene Neigung zum Lügen, der Kranke entstellt und verdreht alles.

Auch bei frischeren Fällen von Epilepsie kann eine oft plötzlich und zunächst äusserlich nicht bemerkbar eintretende Bewusstseinsstörung, ebenso wie eine plötzlich auftretende Verstimmung, die Fähigkeit Zeugniss abzulegen, ausschliessen.

Nicht selten verleitet die pathologisch veranlasste Neigung zum Lügen die Epileptiker, unter dem Eide die Unwahrheit zu sagen. Diese mangelhafte Reproduktionstreue kann also veranlasst sein durch einen habituellen Zustand, den epileptischen Charakter; sie kann aber auch der Ausfluss sein einer vorübergehenden Reizbarkeit und Verstimmung oder durch traumhafte Perzeptionen in einer leichten transitorischen Bewusstseinsstörung bedingt sein.

Gleichzeitig mit dem ethischen Defekte, aber nicht sogleich deutlich sich markirend, zeigen sich auch allerlei intellektuelle Störungen. Stück für Stück, im Anfang oft ganz allmählich, geht das geistige Kapital zu Grunde; der Epileptiker wird vergesslich, er urtheilt nicht mehr so klar wie früher, erscheint in Folge dessen misstrauisch; die Affekte werden krankhaft gesteigert, der Kranke wird hochgradig reizbar. Auf Grund des krankhaftens Misstrauens und der krankhaft gesteigerten Reizbarkeit, welche sich häufig bei der geringsten Veranlassung bis zu Anfällen sinnloser Wuth mit blinder Gewaltthätigkeit gegen die Umgebung steigert, ist der Verkehr mit Epileptikern sehr schwer, und auf Grund eben dieser Erscheinungen kommt es häufig zu Handlungen, welche zum Konflikte mit dem Strafgesetzbuche führen.

Ist bereits ein ausgesprochener Schwachsinn vorhanden, kann unbedenklich ein Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 angenommen werden. Aber auch ein Epileptiker, bei dem noch keine ausgesprochene epileptische Degeneration besteht, bei dem ein Dämmerungszustand oder eine Seelenstörung zur Zeit der Begehung der That sich noch nicht nachweisen lässt, bei dem die Anfälle seltener sind und die That in keinem Zusammenhange mit einem Anfalle steht, muss unter bestimmten Umständen als unzurechnungsfähig zur Zeit der Begehung der That angenommen werden. Diese Umstände sind die enorme Reizbarkeit vieler Epileptiker im Affekt und die pathologische Reaktion der meisten Epileptiker auf Alkohol.

Bei der Begutachtung ist Werth auf den Nachweis zu legen, dass bereits früher, d. h. vor Begehung der That, die Reizbarkeit, die pathologische Reaktion auf Alkohol zu Tage getreten ist. Unter derselben ist einmal die Erscheinung zu verstehen, dass viele Epileptiker intolerant gegen Alkohol überhaupt sind und weiter, dass bei allen Epileptikern der Alkohol eine Steigerung der epileptischen Veränderung im Gehirn bewirkt und damit eine vermehrte Neigung zu Krampfanfällen, transitorischen Bewusstseinszuständen und Wuthanfällen auftritt. Es ist deshalb auch ein Affekt (z. B. ein Streit),

der einen Epileptiker im Rausch trifft, ganz besonders gefährlich.

Nach alledem werden wir ausserordentlich vorsichtig sein müssen, wenn wir einem Epileptiker im Sinne des § 51 St.G.B. die Zurechnungsfähigkeit zusprechen wollen. Nur wenn derselbe sehr selten Anfälle hat, frei von epileptoiden Erscheinungen ist und noch nicht den ausgeprägten epileptischen Charakter erkennen lässt, und wenn die ihm zur Last gelegte strafbare Handlung weder im Affekt, noch unter dem Einfluss des Alkohols begangen ist, noch an sich besonders auffällig und mit der bisherigen Geistesrichtung des Thäters kontrastirend erscheint, und weder kurz vor noch nach der That ein Anfall aufgetreten ist, kann eine Verantwortlichkeit für die strafbare Handlung gedacht werden.[1])

Zivilrechtlich wird die Geschäftsfähigkeit erst in erheblichem Maasse beschränkt, wenn eine ausgesprochene epileptische Degeneration (also Abnahme der Intelligenz) sich bemerklich macht, wenn psychische Störungen und länger andauernde transitorische Bewusstseinsstörungen auftreten. Es kommt daher bei Epileptikern manchmal erst spät zur Entmündigung.

Die vorher (S. 342) erwähnte Reichsgerichtsentscheidung (III. Z. S.) vom 17. November 1896[2]), welche darauf hinweist, dass Gemeingefährlichkeit an sich noch kein Entmündigungsgrund ist, führt auch aus, dass die transitorische Geistesstörung der Epileptiker nicht ausreichend ist, eine Entmündigung zu begründen, dass vielmehr eine solche sich erst dann durchführen lässt, wenn es sich um einen dauernden, über den Zustand transitorischer Störung hinausreichender Zustand handelt, namentlich wenn bereits eine geistige Schwäche zur Entwicklung gekommen ist. Dass eine dauernde Gehirnkrankheit der Epilepsie zu Grunde liegt, ändert daran nichts; es kommt auf die geistige Störung an. Hiernach werden wir uns auch bei Entmündigung eines Epileptikers nach § 6 B.G.B. zu richten haben. So lange trotz der Störung der Geistesthätigkeit Handlungsfähigkeit besteht, ist die Entmündigung nicht zulässig.

Es wird sich bei einem Epileptiker mit ab und zu auftretenden und kurze Zeit andauernden Dämmerungszuständen eine Entmündigung kaum durchführen lassen, wenn nicht auch die Zeichen der epileptischen Degeneration in einer deutlich markierten geistigen Schwäche zum Ausdruck kommen. Von dem Grade der geistigen Schwäche wird es abhängen, ob „Geisteskrankheit" oder „Geistesschwäche" im Sinne des § 6 B.G.B. angenommen werden soll. Anders gestalten sich selbstverständlich die Dinge, wenn der Epileptiker auch an einer dauernden ausgesprochenen Geistesstörung, z. B. einer Paranoia, leidet.

---

[1]) Vergl. auch Paul Kowalewsky: De l'epilepsie an point de vue clinique et médico-legal. Annal. medico-psychologique; 1898, No. 123.

[2]) Reichsgerichtsentscheidungen in Zivilsachen; Bd. XXXVIII, S. 191—194.

Bei wichtigen Handlungen und Entscheidungen eines Epileptikers wird am besten ein Sachverständiger zugezogen, welcher in Gegenwart des Notars, resp. der Gerichtspersonen sich darüber zu äussern hat, ob volle Handlungsfähigkeit zur Zeit der Willenserklärung besteht oder nicht.

2. Hysterie.

Auch bei der Hysterie müssen wir daran festhalten, dass die hysterische Grundlage allein, z. B. die Symptome der sogenannten körperlichen Hysterie, nicht ausreichen, um eine Krankheit im Sinne des § 51 auzunehmen.

Es müssen vielmehr ausgesprochene psychische Störungen nachgewiesen werden. Dieselben bestehen wie bei der Epilepsie in den post- und praeparoxysmellen psychischen Störungen, in Zuständen transitorischer Bewusstseinsstörung, in einer ausgesprochenen hysterischen Seelenstörung und schliesslich in der Ausbildung eines degenerativen hysterischen Charakters.

Aber auch wenn wir keine auffälligen psychischen Veränderungen nachweisen können, wird man bei Hysterischen unter besonderen Umständen die Bedingungen des § 51 als erfüllt ansehen müssen. So z. B., wenn die Hysterische unter einem Affekt steht, namentlich zur Zeit der Menses. Allgemeine Regeln aufzustellen, ist sehr schwer, es kommt in jedem einzelnen Fall auf die Gesammt-Umstände an[1]).

Viel zu schaffen macht uns bei der Begutachtung in foro die mangelnde Reproduktionstreue der Hysterischen; denn diese sagen theils bewusst, theils unbewusst die Unwahrheit. Häufig kommt es auf Grund dieser Eigenschaft zu falschen Anschuldigungen, wobei die Kranken ohne Zögern ihre Aussagen beeidigen. Bei den hysterisch Verrückten beruhen die falschen Anschuldigungen nicht selten auf einem bewussten Vorgehen, um den Personen, von welchen sich die Kranken beeinträchtigt und verfolgt glauben, zu schaden, zum Theil aber auch auf unbewussten, traumhaften Perzeptionen während eines Dämmerungszustandes.

Der Arzt thut am besten, sich mit derartigen Individuen nicht ohne Zeugen in einem Raum aufzuhalten. Das Publikum glaubt immer zunächst der Hysterischen, welche den erfundenen Verfall meist mit allen Details erzählt; in den allermeisten Fällen handelt es sich um ein angebliches unsittliches Attentat.

Es ist immer sehr verdächtig, wenn eine derartige Kranke einen Arzt allein ohne Zeugen sprechen will.

Häufig findet sich bei den falschen Anschuldigungen eine Inkubationszeit, das heisst, die Kranken kommen mit ihrer Anzeige erst heraus nach Monaten, nachdem das angebliche Verbrechen passirt sein soll. Oft kann man auch, was die Art der falschen Anschuldigungen betrifft, einen Zusam-

[1]) Vergl. A. Cramer: Gerichtliche Psychiatrie; Kapitel Hysterie.

menhang mit Ereignissen, welche in der Umgebung der Kranken passirt sind, finden.

Der Werth einer Zeugenaussage einer Hysterischen kann nur von Fall zu Fall entschieden werden. Steht die Zeugin während ihrer Aussagen unter einem starken Affekt, so wird immer Vorsicht am Platze sein, ebenso, wenn eine Hysterische mit einer Anklage erst nach längerer Zeit hervortritt.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass man namentlich auch bei der Testamentserrichtung durch eine an einer hysterischen Seelenstörung leidende Person sehr vorsichtig sein muss. Wenn eine solche Testatrix während des Aktes der Testamentserrrichtung sich auch sehr zusammennehmen kann und deshalb in keiner Weise dem Laien auffällt, so ist damit doch nicht ausgeschlossen, dass sie im Sinne ihrer krankhaften, hysterisch verrückten Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen testirt.

Bei der Entmündigung der Hysterischen wird man während der persönlichen gerichtlichen Vernehmung darauf gefasst sein müssen, dass sich die Kranken ausserordentlich zusammennehmen, mit ihren krankhaften Ueberzeugungen sehr zurückhalten und einen, wie der Laie sich ausdrückt, „ganz vernünftigen" Eindruck machen. Eine Entmündigung ist begreiflicherweise nicht bei jedem Fall von hysterischer Seelenstörung nothwendig, sondern nur, wenn die Kranken nicht im Stande sind, ihre Angelegenheiten zu besorgen, wenn sie z. B. durch das Handeln im Sinne ihrer Beeinträchtigungsideen ihre Familie, ihre eigene Person oder ihr Vermögen in Gefahr bringen.

Das Entmündigungs-Gutachten wird bei Hysterischen in seinem Tenor meist darauf hinauskommen, dass die Provokatin im Sinne des § 6 als „geistesschwach" zu betrachten ist. Als „geisteskrank" wird man Hysterische nur bezeichnen können, bei welchen langandauernde Dämmerungszustände oder als Komplikation eine schwere Geisteskrankheit besteht, oder wenn sie, was aber, wie ich hier nochmals betonen will, meist erst sehr spät eintritt, verblödet sind.

Eine Ehescheidung ist bei Hysterischen gewöhnlich schwer durchzuführen, da zunächst noch die Möglichkeit einer Besserung und damit die Wiederherstellung der ehelichen Gemeinschaft für längere oder kürzere Zeit nicht ausgeschlossen werden kann und meist eine Geisteskrankheit im Sinne des § 6 B.G.B. nicht nachzuweisen ist. Häufig klagen nun derartige Hysterische selbst auf Eheschliessung. Oft tritt in solchen Fällen an den Sachverständigen auch die Frage heran, ob die Klägerin geschäftsfähig ist.

Diese Frage wird von Fall zu Fall entschieden werden müssen. Ist der Nachweis deutlich geführt, dass die Klägerin nur unter dem Zwange ihrer Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, also unter dem Zwange krankhafter Momente, die Ehescheidungsklage eingereicht hat, wird man sie nicht für geschäftsfähig erachten können. Zeigt sie aber auch bei längerer Anstaltsbeobachtung nur leichte hysterische Züge, erklärt

sie dabei, sie wolle geschieden sein, weil sie überzeugt sei, dass sie wieder krank werde und ihren Mann peinige, wenn sie mit ihm zusammenkomme, so wird man sie für geschäftsfähig erachten müssen.

3. Psychische Veränderungen nach einem Trauma.

Auch bei den psychischen Veränderungen nach einem Trauma beobachten wir gelegentlich das Auftreten von Dämmerungszuständen, in denen die Kranken gelegentlich hochgradig gewaltthätig und gefährlich werden. Ausserdem entwickelt sich eine schwere Seelenstörung mit sehr wechselvollem Verlauf und in der grössten Mehrzahl der Fälle mit einem Ausgang in Verblödung.

Ist eine ausgesprochene traumatische Seelenstörung vorhanden, wird man nur selten Schwierigkeiten haben. Selbstverständlich kann man nicht von einer traumatischen Seelenstörung und Krankheit im Sinne des § 51 St.G.B. sprechen, wenn ein Mensch in Folge eines Traumas leicht reizbar geworden ist und ab und zu an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen leidet. Eine Ausnahme ist nur vorhanden, wenn zur Zeit der Begehung der That ein besonderer Affekt und ein Zustand von Intoleranz gegen Alkohol vorgelegen haben. Auch zivilrechtlich wird man solchen leichteren Fällen, natürlich mit bestimmten Ausnahmen, die Geschäftsfähigkeit nicht absprechen können, während sich bei einer ausgesprochenen traumatischen Seelenstörung die Entmündigung stets leicht wird durchführen lassen.

4. Degeneratives Irresein.

Unter das degenerative Irresein sind zu rechnen Geisteskranke, bei denen eine schwere erbliche Belastung sich nachweisen lässt und diese Belastung auch äusserlich in einer ganzen Reihe von körperlichen und geistigen Stigmata hereditatis zum Ausdruck zu kommen pflegt.

Ich habe ausdrücklich gesagt, Geisteskranke, denn ein Degenerirter ist noch kein Geisteskranker; sondern auf dem degenerativen Boden, also auf einer krankhaften Basis, kann sich erst eine Seelenstörung, die degenerative Seelenstörung, entwickeln.

Allerdings kann es auch vorkommen, dass ein Degenerirter, ohne dass eine ausgesprochene Seelenstörung vorliegt, als krank im Sinne des § 51 St.G.B. zur Zeit der Begehung der That betrachtet werden muss. Natürlich darf nicht jeder als degenerirt angesehen werden, wie ich nochmals ausdrücklich betonen will, bei dem sich ein oder das andere oder einzelne dieser psychischen Stigmata finden, sondern nur dann, wenn wir bei einer schweren erblichen Belastung zahlreiche körperliche und geistige Eigenthümlichkeiten nachweisen können, dürfen wir von einem Degenerirten sprechen.

Bei solchen Degenerirten kann sich die Reizbarkeit im Affekt zu einer pathologischen Höhe steigern, es kann eine hochgradige Intoleranz gegen Alkohol vorhanden sein, oder es können Zwangszustände mit unwiderstehlichem Antrieb zur That auftreten. Nicht selten trifft dabei Affekt und Intoleranz gegen Alkohol zusammen. Ist sicher erwiesen, dass eine strafbare Handlung eines Degenerirten in einem dieser Zustände begangen worden ist, dann können wir eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 St.G.B. zur Zeit der Begehung der That zum Mindesten nicht ausschliessen.

Zivilrechtlich wird man einen Degenerirten, so lange nicht eine ausgesprochene Seelenstörung besteht, die Geschäftsfähigkeit nicht generell absprechen können. Die Degenerirten sind bei ihrem ethischen Defekt oft nur zu sehr auf ihren Vortheil bedacht. Dieser ethische Defekt führt sie gelegentlich wegen Betrugs, Urkundenfälschung, Meineids, Kuppelei u. s. w. auf die Anklagebank. Im Allgemeinen wird man ihre Zurechnungsfähigkeit für diese meist in ruhiger Ueberlegung ausgeführten Delikte nicht in Frage stellen können; allerdings sind auch Ausnahmen in dem oben erwähnten Sinne denkbar. Man wird immer von Fall zu Fall entscheiden müssen. Treten die degenerativen Erscheinungen besonders in den Vordergrund, so wird der Richter, da eine leichtere Bestimmbarkeit häufig nicht wird ausgeschlossen werden können, meist geneigt sein, mildernde Umstände anzunehmen.

Bei vielen Fällen ersetzt eine gerichtliche Strafe oder nur das Drohen einer solchen für längere oder kürzere Zeit das Fehlen ausreichender Hemmungen. Einzelne Fälle der später zu besprechenden sogenannten moralischen Idioten gehören zu den Degenerirten[1]).

D. Organisch bedingte Seelenstörungen.

1. Progressive Paralyse.

Unter den organisch bedingten Seelenstörungen spielt die progressive Paralyse in der forensischen Praxis die wichtigste Rolle.

In strafrechtlicher Beziehung kommen die Paralytiker hauptsächlich wegen Verletzung der öffentlichen Schamhaftigkeit und wegen Diebstahls und Betrugs, seltener wegen gewaltthätiger Delikte zur Beurtheilung.

Was die Sittlichkeitsvergehen der Paralytiker anbelangt, wozu gelegentlich auch ein Nothzuchtsversuch gehören kann, so ist stets dabei das ausserordentlich unvorsichtige und unsinnige Vorgehen charakteristisch. Häufig werden die Kranken für Betrunkene gehalten. Nicht selten ist ihnen die strafbare Handlung gar nicht mehr erinnerlich. Es kommt manchmal

[1]) Vergl. A. Cramer, Die Behandlung der Grenzzustände u. s. w.; l. c.

vor, dass diese strafbaren Handlungen das erste erkennbare Symptom des Beginnes der Erkrankung sind.

Auch die von Paralytikern begangenen Diebstähle und dergleichen fallen durch das ausserordentlich Plumpe in der Ausführung auf.

Gelegentlich leitet sich die Paralyse bei einem bis dahin unbescholtenen Mann mit einem Verbrechen, z. B. einem Nothzuchtsversuche ein. Auch in der Remission, mag sie noch so weitgehend sein, wird ein Paralytiker für die von ihm begangenen strafbaren Handlungen nicht zur Verantwortung gezogen werden können; denn er bleibt ein schwer geisteskranker Mensch, und gerade die in der Remission begangenen Delikte sind meistens das Signal zu einer Exazerbation der Krankheit.

Die Entmündigung kann bei einem Paralytiker nicht frühzeitig genug erfolgen. Da im Sinne des § 6 B. G. B. unter „Angelegenheiten" eines Menschen seine gesammten Beziehungen zur Aussenwelt, also nicht nur zu seinem Vermögen, sondern auch zu seiner Familie, zum Staate u. s. w. zu verstehen sind, wird man auch in den Fällen, wo es sich noch nicht um grobe Intelligenzdefekte, sondern nur um eine gegen früher auffällige Vernachlässigung der Familie, um Interesselosigkeit im Allgemeinen handelt, wenn nur die körperlichen Symptome charakterisirt sind, eine Entmündigung durchführen können. In den Anfangsstadien wird man auf „Geistesschwäche" bei vollausgebildeter Geisteskrankheit auf „Geisteskrankheit" votiren müssen.

Häufig steht die Geschäftsfähigkeit der Paralytiker in Frage. Liegen irgend welche Angaben vor, dass bereits bei Eingehung eines Vertrages allerlei nervöse Beschwerden, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Reizbarkeit und dergleichen bei dem Kranken sich gezeigt haben, so kann man dieselben unbedenklich als die ersten Spuren einer Erkrankung bezeichnen.

Ist die progressive Paralyse nachgewiesen, so kann von einer Geschäftsfähigkeit im Sinne des B.G.B. nicht mehr die Rede sein.

2. Senile Seelenstörung.

Für die senile Seelenstörung ist in forensischer Beziehung, ich möchte fast sagen charakteristisch, das Vergehen gegen die Sittlichkeit; und zwar kommen dieselben nicht nur bei den senilen Exaltationszuständen, sondern auch bei den Depressionszuständen vor.

Verhältnissmässig selten bei senilen Erkrankungen sind gewaltthätige Handlungen. Häufig dagegen finden sich Konflikte mit dem Strafgesetzbuch wegen Beleidigung, Verleumdung, Meineids, Brandstiftung, Betrugs, Urkundenfälschung u. s. w.

In zivilrechtlicher Beziehung kommt besonders die Entmündigung und die Geschäftsfähigkeit der an seniler Geisteskrankheit Leidenden in Betracht. Die Entmündigung

der an der maniakalischen Form leidenden Kranken stösst oft auf Schwierigkeiten, insbesondere wenn kein ausgesprochener Intelligenzdefekt vorhanden ist, weil die Familien erst zu spät einsehen, dass Geisteskrankheit vorliegt.

Man wird in dem Gutachten besonders die mit Alter und Stellung in Widerspruch stehende Euphorie und heitere Erregung zu betonen haben. Auch der Nachweis der krankhaften Vorstellungsbeschleunigung wird nicht schwer fallen. Wird die Entmündigung versäumt, so kommen, häufig genug zum Nachtheile der Familie, überraschende Eheschlüsse und Testamentsausfertigungen zu Stande.

Bei den daraus entstehenden Prozessen, die oft erst nach dem Tode des Erblassers zum Austrag kommen, kann es, wenn genauere Beobachtungen aus der Nähe des Kranken fehlen, sehr schwierig sein, zu einem bestimmten Resultate zu kommen.

E. Intoxikationspsychosen.

Wenn wir den Ausdruck Intoxikationspsychosen gebrauchen, müssen wir uns darüber klar sein, dass das einzelne Individuum sich den verschiedenen Giften gegenüber ausserordentlich verschieden widerstandsfähig erweist und dass nicht selten eine gewisse Disposition vorhanden ist, wenn nach einer Gifteinwirkung eine Psychose auftritt. Daher kommt es auch, dass meist den einzelnen Gifteinwirkungen keine besondere wohlcharakterisirte Psychose entspricht, sondern dass die verschiedenartigsten Symptomenkomplexe auftreten können.

1. Der Alkoholismus. Die alkoholischen Seelenstörungen.

Weitaus die wichtigste Rolle unter den Intoxikationspsychosen spielen die nach der Vergiftung mit Alkohol auftretenden psychischen Störungen.

Die chronischen Alkoholisten sind strafrechtlich oft ausserordentlich schwer zu beurtheilen. Man wird nicht ganz generell erklären können, dass der chronische Alkoholist unzurechnungsfähig im Sinne des § 51 St.G.B. sei. Das wird nur in den Fällen möglich sein, wo bereits eine deutlich markirte psychische Schwäche vorhanden ist.[1])

In den anderen Fällen hängt es sehr von den Umständen ab, unter denen das Verbrechen begangen wurde. Es ist zu untersuchen, ob etwa die pathologische gesteigerte Reizbarkeit oder Schreckhaftigkeit bei Begehung der That eine Rolle gespielt haben, ob nicht daraus auf einen der Zustände des § 51

---

[1]) Vergleiche: Hinterstoisser: Zur Frage der forensischen Beurteilung der Säufer. Wiener klinische Wochenschr; 1897, S. 1071. — Forel: Die forensische Beurteilung der Säufer. Wiener klinische Wochenschr.; 1898.

geschlossen werden muss. Dabei ist zu bemerken, dass auch ein chronischer Alkoholist unter bestimmten Umständen intolerant gegen Alkohol werden kann. Nicht selten wird der chronische Alkoholismus Veranlassung zur Annahme mildernder Umstände sein.

Häufig wird die Entwickelung dieses chronischen Alkoholismus von mehr oder weniger akut einsetzenden psychischen Störungen unterbrochen. Am bekanntesten unter diesen Zustandsbildern und wohlumschrieben ist das Delirium tremens.

Die gerichtliche Bedeutung liegt in den gefährlichen Angriffen, welche die Deliranten auf ihre Umgebung machen, und in dem Faktum, dass sie häufig bei ihrem eingeengten Bewusstsein, wenn sie Mobiliar und Gegenstände ihrer Wohnung zertrümmern, zu Brandstiftung Veranlassung geben.

Sehr gefährlich wird der chronische Alkoholist, wenn sich bei ihm der Eifersuchtswahn der Trinker entwickelt. Auf Grund des Wahnes der ehelichen Untreue begehen diese Kranken nicht selten Mord und Mordversuche an ihren Frauen.

Auch ausgesprochene epileptische Anfälle entwickeln sich auf dem Boden des Alkoholismus; man spricht daher mit Recht von einer sogenannten Säuferepilepsie.

Wie bei der Epilepsie überhaupt, so kommen auch bei der Säuferepilepsie allerlei rudimentäre Anfälle und epileptoide Symptome zur Entwicklung. Verwandt und direkt an die epileptischen Handlungen im Aequivalent erinnernd, sind die Gewaltakte, welche im Zustande transitorischer Bewusstseinsstörung (des pathologischen Rausches) begangen werden.

Der Sachverständige kann nur von einer solchen Bewusstseinsstörung im Sinne des § 51 sprechen, wenn der Nachweis gelingt, dass noch besondere krankhafte Momente eingewirkt haben, d. h. den Verlauf der Vergiftung mit Alkohol beeinflusst haben. Neuerdings ist festgestellt, dass bei diesen Zuständen auch Trägheit der Pupillenreaktion vorhanden sein kann. (Gudden).

Wichtig zur Diagnose ist, wenn wir mehrere mit Sicherheit krankhafte Momente, welche zur in Betracht kommenden Zeit eingewirkt haben, nachweisen können. Hier kommt in Betracht der Nachweis, dass das betreffende Individuum in stärkerem oder geringerem Grade psychopathisch ist. Dieser psychopathische Zustand kann angeboren (z. B. Degeneration) oder erworben sein. Wichtig kann dabei der Nachweis sein, dass das betreffende Individuum bereits früher gelegentlich eigenthümlich im Rausche reagirt hat. Haben wir diese Basis und können wir nachweisen, dass ein solches Individuum vor Begehung der That noch anderen schädigenden Momenten ausgesetzt gewesen ist, z. B. einem starken Affekt, ungünstigen hygienischen Verhältnissen und erschöpfenden Momenten, so werden wir nach dem, was wir bisher über das Verhalten des psychopathischen Individuums gehört haben, uns nicht wundern dürfen, dass eine pathologische Reaktion auf Alkohol er-

folgt. Ein pathologisches Individuum kann auf jeden dieser Momente pathologisch reagiren und wird es um so sicherer thun, wenn eine grosse Reihe schädigender Momente in ihrer Einwirkung konkurriren. Finden wir nun noch eine mehr oder weniger vollständige Amnesie, einen terminalen Schlaf, eine ausserordentliche gewaltthätige, mit der ganzen bisherigen Lebensführung kontrastirende Handlung, so wird unsere Diagnose so weit als überhaupt möglich gesichert sein. Auf die Amnesie allein darf jedoch nicht zu viel Werth bei der Diagnose gelegt werden, weil auch bei dem gewöhnlichen Rausche die Erinnerungslosigkeit eine sehr weitgehende sein kann.

Im Anschluss an den Alkoholismus folgt die Dipsomanie oder die Quartalssäufersucht. Den davon befallenen Kranken, meist belasteten Individuen, erscheint gemeinschaftlich, dass sie in längeren oder kürzeren Perioden aus nicht aufgeklärter krankhafter Ursache von einer quälenden Angst und Unruhe, oft auch von einer mürrischen, misstrauischen Stimmung befallen werden, welche sie ruhelos umhertreibt. Um diesem unerträglichen Zustand zu entgehen, greifen sie zum Genuss alkoholischer Getränke, meist zum Schnaps, und leben tage- und wochenlang in sinnloser Betrunkenheit dahin. Ist diese Periode überwunden, so sind sie in der Regel fleissige und nüchterne Menschen. Ja, häufig enthalten sie sich vollständig aller geistigen Getränke und nehmen sich auch fest vor, in Zukunft nie wieder etwas zu geniessen. Kommen aber Angst und Unruhe wieder, so wird der Zwang, der sie zum Trinken treibt, übermässig, und es wiederholt sich dasselbe Bild wie bei der vorhergehenden Periode. Es sind also die Dipsomanen eigentlich periodisch geisteskranke Individuen.

Nicht selten sind diese Kranken intolerant gegen Alkohol und in diesen Trinkperioden unter dem Einflusse ihrer Krankheit und des Alkohols hochgradig erregt und zu jeder Gewaltthätigkeit geneigt.

Auch eine Reihe anderer psychopathischer Individuen zeigt eine auffallend geringe Widerstandsfähigkeit gegen den Alkohol, eine sogenannte Intoleranz. Einzelne von Geburt an schwachsinnige Epileptiker und ein Theil der Altersblödsinnigen sind z. B. intolerant gegen Alkohol. Schliesslich giebt es auch Menschen, bei denen wir, abgesehen von einer auffälligen Intoleranz gegen den Alkohol, psychopathische Erscheinungen nicht finden.

Eine solche Intoleranz kann auch erworben werden, z. B. plötzlich im Anschluss an ein Trauma. Auch nach akuten Infektionskrankheiten, z. B. nach Typhus, kann sich eine länger oder kürzer dauernde Intoleranz gegen Alkohol einstellen. Oft lässt sich auch eine Ursache für die zweifellos vorhandene Intoleranz garnicht auffinden.

Der psychiatrische Sachverständige hat stets die Thatsache im Auge zu behalten, dass Intoleranz gegen Alkohol das betreffende Individuum nach Genuss selbst von geringen Mengen

geistiger Getränke ganz anders reagiren lässt, als einen in dieser Beziehung normalen Menschen. Es kann daher eine strafbare Handlung, welche von einem alkohol-intoleranten Individuum im Anschluss an Alkohol-Genuss begangen worden ist, nicht so beurtheilt werden, wie eine entsprechende Handlung eines gegen Alkohol widerstandsfähigen Individuums; denn bei dem Intoleranten ist zur Zeit des Rausches ein krankhaftes Moment vorhanden.

Für alle die bisher besprochenen Fälle giebt uns die Entmündigung wegen Trunksucht im Sinne des § 6 B.G.B. ein Mittel in die Hand, die Abstinenz, das einzige Heilmittel energisch zu fördern, indem sie uns erlaubt, dem betreffenden Quartalsäufer das Geld für den Trunk zu entziehen.

Auch bei den dem chronischen Alkoholismus Verfallenen, denen nach dem bisherigen Entmündigungsverfahren nicht beizukommen war, wird man nicht früh genug wegen Trunksucht entmündigen können, es sei denn, dass der Säufer ernstliche Anstalten zur Besserung macht oder zur Kur freiwillig eine geeignete Anstalt aufsucht.

Bei dem ausgesprochenen geisteskranken Trinker kommt die Entmündigung wegen „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche" in Frage.

Da bei den geisteskranken Trinkern in den ersten Anfällen durch Anstaltsbeobachtung in der Regel rasch eine erhebliche Besserung eintritt, wird man in den meisten Fällen zunächst den Kranken für „geistesschwach" im Sinne des § 6 B.G.B. erachten müssen. Es wird auch nicht an Fällen fehlen, wo sich bei dem meist langsamen Verlauf des Entmündigungsverfahrens, wenn es endlich mit der Entmündigung ernst wird, der Zustand des zu Entmündigenden bereits so gebessert hat, dass von einer Geisteskrankheit" oder „Geistesschwäche" im Sinne des § 6 B.G.B. nicht mehr gesprochen werden kann. In solchen Fällen bleibt uns immer noch die Entmündigung wegen Trunksucht übrig; denn dass ein Trinker, der in Folge seines Trinkens geisteskrank wird, und in einer Anstalt untergebracht werden muss, im Sinne des § 6 B.G.B. seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag und seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt, dürfte nicht zu bezweifeln sein.

Grosse Schwierigkeiten bei der Begutachtung kann es geben, wenn es sich um die Geschäftsfähigkeit eines chronischen Alkoholisten zur Zeit des Abschlusses eines bestimmten Rechtsgeschäftes handelt, weil einerseits der Laie, auf dessen Aussagen man ja meistens angewiesen ist, häufig die Symptome geistiger Störung für Betrunkenheit hält, und anderseits die alkoholischen Seelenstörungen häufig plötzliche Exazerbation und ebenso plötzlich eintretende Remission zeigen, letztere namentlich, wenn der Säufer einmal wieder einen Anlauf nimmt und das Trinken für längere oder kürzere Zeit einschränkt oder aussetzt.

2. Andere Intoxikationspsychosen (Morphinismus).

Die psychischen Störungen nach Einwirkung anderer Gifte führen selten zu einer Begutachtung in foro, weil diese Gifteinwirkungen gegenüber dem Alkoholismus überhaupt sehr selten sind, so dass wir kaum näher darauf einzugehen brauchen. Nur bei dem Morphinismus wollen wir einen Augenblick verweilen, weil derselbe in den gebildeten Ständen nicht gerade eine seltene Erscheinung ist.

Handelt es sich um die strafrechtliche Beurtheilung eines Morphinisten in der Abstinenz, so wird man, wenn die Abstinenzerscheinungen einigermassen ausgesprochen sind, wohl immer einen der Zustände, wie sie der § 51 vorsieht, annehmen können, namentlich wenn ein solcher Kranker Morphium stiehlt oder Geld, um sich Morphium zu verschaffen, oder zu diesem Zwecke einen Einbruch begeht.

Viel schwieriger ist der Morphinist ausserhalb der Abstinenz zu beurtheilen. Zunächst sei bemerkt, dass ein Morphinist kurz nach der Injektion, also, wenn ich so sagen darf, im Morphiumrausch, wenn er nicht bereits an weit fortgeschrittener Kachexie leidet, nicht nur keine Verminderung in seinen geistigen Leistungen erfährt, sondern vielmehr eine Steigerung. Es kann also ganz generell von einer akuten Beeinträchtigung der Zurechnungsfähigkeit in einem solchen Zustande nicht die Rede sein.

Zivilrechtlich wird die Geschäftsfähigkeit des chronischen Morphinisten nur in der Abstinez, wenn die Kachexie bereits deutlich ausgebildet ist oder wenn Komplikationen der oben angedeuteten Art vorhanden sind, beschränkt oder aufgehoben sein. Nachdem, was ich in der Literatur gelesen habe, ist die Anfechtung eines Testaments wegen Morphinismus des Testators ein seltenes Vorkommniss.[1])

F. Der Schwachsinn.

In sehr ausgedehnter Weise beschäftigt der Schwachsinn den psychiatrischen Sachverständigen in seiner forensischen Thätigkeit.

Um einen Zustand von Schwachsinn, sei er nun angeboren oder erworben, als Krankheit im Sinne des § 51 aufzufassen ist, müssen wir nachweisen, 1. dass die intellektuelle Schwäche ihren Ursprung in einer Krankheit fin-

[1]) Die Literatur über den Morphinismus ist sehr gross, ich erwähne nur: Levinstein: Ueber Morphiumsucht. Berl. klin. Wochenschrift; Jhrg. 1876, S. 183. Fiedler A.: Ueber den Missbrauch subkutaner Morphiuminjektionen. Deutsche Zeitschr. f. gerichtl. Medicin 1874, No. 27. u. 28. Erlenmeyer: Die Morphiumsucht u. ihre Behandl. 3. Aufl. 1887. Rodet: Morphiomanie et Morphinisme. 1897; Verlag von Felix Alcan in Paris. Daselbst auch ein sehr ausführliches Literaturverzeichniss und sehr klare Bemerkungen über die forensischen Beziehungen des Morphinismus. Fouchet: Morphiomanie et Morphinisme. Le progrès méd. 1898; No. 18.

det, also seit der Geburt oder in den Kinderjahren oder in der Pubertät anscheinend in Folge einer Entwicklungshemmung des Gehirns sich entwickelt hat, oder im Anschluss an eine schwere, das Zentralnervensystem treffende Schädlichkeit, z. B. eine geistige Erkrankung entstanden ist, sowie 2. dass die intellektuellen Leistungen erheblich unter dem Mittel der Intelligenz normaler Individuen von demselben Bildungsgrade und Stande stehen.

Am besten bezeichnet man den Grad der intellektuellen Schwäche durch die Intelligenzstufe des entsprechenden Lebensjahres, weil die Strafmündigkeit ebenfalls nach dem Alter fixirt und dem Richter damit eine Handhabe geboten ist, sich im Sinne des Gesetzes ein Urtheil über die betreffenden Angeschuldigten zu bilden.

Auf Schwachsinn können wir schliessen, wenn ein Mensch bei seinen Bekannten und im Heimathorte als „beschränkt", „albern" und „dumm" bekannt ist, auf seinen Schwachsinn bezügliche Spottnamen führt, nie für ganz voll angesehen, häufig gehänselt wird und namentlich, wenn er den niederen Ständen angehörend, niemals als selbstständiger Arbeiter oder Knecht in Stellung ist, sondern als Nebenarbeiter oder Beiknecht, „dem man alles sagen muss". Ferner ist es charakteristisch, dass er das Geld, was er verdient, nicht selbst behalten, sondern den Eltern oder, wenn er verheirathet ist, der Frau (bezw. dem Manne) abliefert und sich von eben diesen Personen Kleidungsstücke und dergleichen anschaffen lässt. Häufig zeichnen sich auch die Schwachsinnigen durch eine leichte Bestimmbarkeit aus.

Der Nachweis dieser Verhältnisse ist viel wichtiger als der Nachweis eines Defektes in der Schulbildung und im Wissen überhaupt. Namentlich in den niederen Ständen finden wir sehr häufig ausserordentlich geringe Kenntnisse und trotzdem eine gute Urtheilskraft über all das, was zum Leben nothwendig ist, und eine Befähigung, sich selbstständig im Leben zu behaupten.

Die Schwachsinnigen der gebildeten Stände sind daran leicht zu erkennen, dass sie, trotz vielfacher Versuche auf den verschiedensten Schulen und Vorbildungsanstalten nicht weiter kommen.

Es muss also das zum alltäglichen Gebrauch nothwendige Wissen vorhanden sein und es muss soviel Urtheilsfähigkeit vorhanden sein, dass von diesem Wissen ein zweckentsprechender Gebrauch gemacht wird und der zu Begutachtende im Leben sich selbständig behaupten kann.

Können wir nachweisen, dass ein Mensch in seinen intellektuellen Leistungen in dem obengedachten Sinne erheblich unter der mittleren Breite der bei seinem Stande und Bildungsgange zu erwartenden Kenntnissse und Fähigkeiten zum selbstständigen Handeln steht, so handelt es sich um Schwachsinn in dem Grade, dass wir von einer Krankheit im Sinne des § 51 St.G.B. sprechen können.

Den Schwachsinnigen ist klinisch eigenthümlich eine mehr oder weniger grosse Reizbarkeit im Affekt, welche sich häufig zu Wuthanfällen steigert, und sehr oft eine Intoleranz gegen Alkohol. Sind derartige Momente zur Zeit der Begehung der That nachzuweisen, so kann man auch in leichteren Fällen von Schwachsinn, bei denen man zweifelhaft sein kann, ob Krankheit im Sinne des § 51 St.G.B. vorliegt oder nicht, unbedenklich eine solche annehmen.

Nicht selten kommt es bei Schwachsinn zu brutalen Nothzuchtsversuchen, weil sie ohne jede Hemmung sofort jedem Triebe freie Bahn lassen. Häufig spielt dabei der Alkohol die Rolle eines agent provocateur.

In ihren Zornanfällen werden die Idioten und Schwachsinnigen oft sehr gewaltthätig, und schrecken vor Mord und Totschlag nicht zurück. Auch aus Rachsucht begehen sie oft die scheusslichsten Verbrechen, namentlich Brandstiftung aus Rache ist bei solchen Individuen häufig beobachtet worden.

Oft finden wir bei den Imbezillen, wie bei den Idioten, die Neigung zum Lügen, Verleumden, kleinliche Rachsucht, auffallende Gefühlsrohheit, Mangel an Liebe und Achtung vor den Eltern und anderen Menschen, die ihnen Gutes erwiesen haben, besonders ausgesprochen. Der Mangel an Altruismus ist es, der nicht nur bei Idioten, sondern auch bei Imbezillen sich meist ganz besonders bemerklich macht. Ein Fehlen aller sittlichen und ethischen Vorstellungen findet man auch bei verkommenen verbrecherischen Menschen vor. Man hüte sich aber, wie das mitunter geschehen ist, nur aus dem ethischen Defekte allein eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 deduziren zu wollen. Das Krankhafte des ethischen Defekts ist nur nachgewiesen, wenn ein gewisser Grad von Schwachsinn oder andere psychische Symptome deutlich zu Tage treten.

Auch das Reichsgericht hat dahin entschieden, dass wir vorläufig von dem Begriff einer moralischen Idiotie in foro keinen Gebrauch machen können. In der Entscheidung des R. G. (II. Str. B.) vom 14. August 1896 (Entsch. v. Strafsachen, Bd. XV. S. 97) heisst es z. B.:

„Die neuere Theorie hat das Vorhandensein von Irreseinszuständen angenommen, in denen die logischen Prozesse ungestört von statten gehen, die äussere Besonnenheit erhalten ist und Wahnideen und Sinnestäuschungen ganz fehlen, gleichwohl aber die Bedingungen der Zurechnungsfähigkeit geschmälert sind bis zur Aufhebung derselben, insofern das Individuum statt ethisch rechtlicher Motive nur Begriffe der Nützlichkeit und Schädlichkeit zu verwerthen weiss, das Strafgesetz von diesen eigenartigen, inferioren Standpunkt nur als eine Art polizeiliche Vorschrift zu beurteilen vermag, und bei diesem sittlichen und intellektuellen Defekte mehr oder weniger widerstandslos seinen egoistischen unsittlichen Antrieben preisgegeben ist. Ob diese Theorie vom moralischen Irresein „Moral insanity“ für eine spätere Gesetzgebung verwerthet werden kann, muss hier ungeprüft bleiben. Soviel ist indessen klar, dass nach den dem deutschen Strafgesetzbuch zu Grunde liegenden Anschauungen durch den von der Theorie angenommenen Mangel jeglichen moralischen Haltes die Zu-

rechnungsfähigkeit nur dann für ausgeschlossen gelten kann, wenn der Mangel aus krankhafter Störung nachzuweisen ist.“[1])

Dasselbe gilt von der Neigung zum Lügen, welche bei Schwachsinnigen oft derartig in den Vordergrund tritt, dass das übrige Krankheitsbild vollständig verdeckt wird (Pseudologia phantastica). Auch hier muss die zu Grunde liegende Krankheit, die Idiotie und Imbezillität, unter Umständen auch eine Hysterie und andere pathologische Zustände nachgewiesen werden.

Bei der Entmündigung eines Schwachsinnigen richtet sich der Tenor des Gutachtens nach der intellektuellen Entwicklungsstufe. Bei ausgesprochener Idiotie werden wir sagen:

„Der X. leidet an hochgradigem angebornenem Schwachsinn und ist demnach in medizinisch-wissenschaftlichem Sinne geisteskrank. Er ist nicht im Stande, die einfachsten Handlungen und Ueberlegungen selbstständig auszuführen und hat in intellektueller Beziehung noch nicht die Entwicklungsstufe eines 7jährigen Kindes. Er muss daher im Sinne des § 6 B. G. B. als „geisteskrank“ erachtet werden.“

Bei einem geringen Grad von Schwachsinn, werden wir sagen:

„X. ist in seiner intellektuellen Entwickelung deutlich zurückgeblieben. Wenn er auch im Stande ist, einfache Dinge zu übersehen und auf einfache Fragen sachgemäss zu antworten, so zeigt doch sein ganzer bisheriger Lebensgang, dass er infolge seiner geistigen Schwäche unfähig ist, sich im Leben zu behaupten. X. muss daher im Sinne des § 6 B. G. B. als „geistesschwach“ erachtet werden.“

Wenn die Frage der Geschäftsfähigkeit eines Schwachsinnigen zu entscheiden ist, so wird man immer darauf dringen müssen, den zu Begutachtenden zu Gesicht und in Beobachtung zu bekommen. Da es sich bei dem angeborenen Schwachsinnigen um einen dauernden Zustand handelt, so kann man aus dem vorgefundenen Zustand auf den zur Zeit des Abschlusses des Rechtsgeschäftes schliessen, wenn nicht etwa inzwischen noch eine Verschlimmerung eingetreten ist.

Sind alle Symptome der akuten Psychose vorüber, so kann man bei einem sekundär Schwachsinnigen leichteren Grades gelegentlich zweifelhaft sein, ob die Entmündigung aufgehoben werden soll oder nicht. Im Allgemeinen wird man gut thun, in solchen Fällen sehr vorsichtig zu sein und sein Votum im Sinne der Aufhebung der Entmündigung nicht eher abzugeben, als bis man überzeugt ist, dass der Defekt in intellektueller Beziehung gering ist und keine Neigung zur Zunahme hat.

6. Perverser Sexualtrieb.

Zum Schluss müssen wir uns noch kurz mit dem perversen Sexualtrieb beschäftigen, bei dem hauptsächlich der § 175 St.G.B. (s. S. 278) in Betracht kommt.

[1]) Vergl. A. Cramer: Moralische Idiotie. Münch. med. Wochenschr.; 1898, No. 46.

Der Sachverständige muss sich mit der leider über Gebühr ausgedehnten und popularisirten Literatur über den perversen Sexualtrieb bekannt machen, er muss wissen, was unter konträrer Sexualempfindung, Sadismus, Masochismus, Exhibitionismus, Fetischimus, Sodomie u. s. w. verstanden wird, und muss in jedem derartigen Falle eine möglichst genaue Untersuchung, womöglich Anstaltsbeobachtung erstreben.

Bei der Begutachtung ist stets daran festzuhalten, dass, wenn auch eine perverse sexuelle Handlung häufig von nervösen und geisteskranken Individuen vorgenommen wird, doch eine solche Handlung an sich noch kein pathologisches Symptom zu sein braucht.

Wir dürfen also nicht a priori in jedem Menschen, der derartige Handlungen vornimmt, ein in dem Grade kranken Menschen erblicken, dass die Bedingungen des § 51 erfüllt sind. Die Krankheit muss vielmehr erst nachgewiesen werden und findet sich nicht selten in Form einer ausgesprochenen Psychose oder anderer schwerer pathologischer Zustände, Epilepsie, Alkoholismus, Zwangszustände u. s. w.

Lässt sich eine schwere Erkrankung nicht feststellen, so ergiebt doch häufig die genauere Untersuchung, dass der Inkulpat ein nach mehr als einer Richtung nervöser Mensch, z. B. ein neurasthenischer Degenerirter ist.

Gelegentlich werden auch in solchen Fällen die besonderen Umstände noch die Annahme einer Krankheit im Sinne des § 51 ermöglichen, zum Mindesten aber wird der Richter veranlasst, wenn diese nervösen Beschwerden in dem Gutachten genügend hervorgehoben werden, mildernde Umstände anzunehmen.

Vierter Theil.

Die
ärztliche Sachverständigen-Thätigkeit
auf dem Gebiete der
Unfall-, Invaliditäts- und Lebensversicherung.

Bearbeitet

von

Dr. O. Rapmund,

Reg. und Geh. Medizinalrath in Minden i. W.

Einleitung.[1]

Mehr als in der zivil- und strafrechtlichen Praxis ergeben sich in der versicherungsrechtlichen Fragen, die der berufene Richter nicht ohne Anhörung von ärztlichen Sachverständigen zu entscheiden vermag. Die alltägliche Praxis des Arztes bringt nur nicht immer hinreichende einschlägige Erfahrungen mit sich um allfällig genügend urtheilen zu können; ganz wie die gerichtliche Medizin, die Lehre von der Anwendung besonders erworbener ärztlicher Sachkenntniss auf die in der zivil- und strafrechtlichen Praxis sich ergebenden Fragen, hat sich demgemäss allmählich auch die versicherungsrechtliche Medizin, wie sie von Stolper und von Haag bezeichnet wird, als ein besonderer Zweig der allgemeinen medizinischen Wissenschaft, als eine aus dem neuen Recht erwachsende neue Lehre herausgebildet. Mediziner und Juristen treffen hier auf einem neuen Grenzgebiet zusammen; beide sind seit einem reichlichen Jahrzehnt an der Arbeit, sich in die neuen Rechtsbegriffe einzuleben und streitige Fragen, wie sie sich im Anfange der Wirkung neuer Gesetze immer ergeben, wissenschaftlich zu klären.

Wirklich vielseitig ist die Anregung, die das neue Recht auf die ätiologische Forschung gegeben hat. Wie an den Lehren der gerichtlichen Medizin nicht bloss die bestellten Vertreter derselben, sondern ebenso erfolgreich die bedeutendsten Psychiater, Toxikologen, Gynäkologen, Chirurgen und Anatomen ihren Antheil haben, so ist es auch in der versicherungsrechtlichen Medizin. Das Unfallversicherungsgesetz hat dem Trauma als ätiologischen Moment eigentlich erst die richtige Werthschätzung gebracht; es war zweifellos viel zu lange unterschätzt. Die Erforschung der Frage, inwieweit Geschwülste, Knochen und Gelenktuberkulose, manche Nervenleiden, viele innere Krankheiten durch eine Verletzung hervorgerufen oder verschlimmert werden können, ist ganz wesentlich gefördert worden.

[1] Die Bearbeitung des ganzen vierten Theils betr. Unfall-, Invaliditäts- und Lebensversicherung hat nachträglich Dr. **P. Stolper** in Breslau auf Ersuchen des durch anderweitige Thätigkeit zu sehr in Anspruch genommenen Herausgebers übernommen; der letztere ist hierbei jedoch als Mitarbeiter betheiligt gewesen.

Das berufsgenossenschaftliche Interesse an der Nachbehandlung aber hat nicht weniger fördersam auf viele Fragen der Therapie eingewirkt. Gab man sich ehedem in der Regel zufrieden mit einer guten, im anatomischen Sinne abgeschlossenen Heilung einer Verletzung, so hat das Unfallversicherungsgesetz die Wirkung gehabt, dass man die Behandlung erst als abgeschlossen ansieht, wenn auch funktionell das überhaupt Erreichbare erreicht ist. Der verletzte Arbeiter ist erst ganz geheilt, wenn die verletzten Glieder ihre volle Gebrauchsfähigkeit, ihre alte Kraft, ihre uneingeschränkte Beweglichkeit wieder erlangt haben. Nur durch unmittelbar an die anatomische Heilung sich anschliessende mechanische Nachbehandlung, und zwar durch methodische, ist dieses Ziel in verhältnissmässig kurzer Zeit, wenn überhaupt möglich, wieder erreichbar. Die Behandlungsdauer konnte erst auf das nothwendige Mindestmass ausgedehnt werden, nachdem dem Arbeiter auch über die Zeit der wirklich vollen Erwerbsunfähigkeit hinaus der Ausfall an Lohn durch Gewährung von Krankengeld an die Angehörigen und von kostenloser Behandlung an ihn selbst gesetzlich gewährleistet war.

Eine ganz neue Erscheinung, ebenfalls auf dem Boden der „sozialen Gesetze" erwachsen, waren daher die Zweckinstitute zur Nachbehandlung von Unfallverletzten, mögen sie nun an Krankenhäuser und Kliniken angegliedert oder unabhängig davon begründet sein. In den grossen Industriezentren, vornehmlich in den Grubenrevieren, entwickelte sich die „Unfallheilkunde" am frühesten. Die alte Institution der Knappschaft, die in vielen Stücken für die Versicherungsgesetzgebung vorbildlich geworden ist, und deshalb auch noch gewisse Reservatrechte vor den übrigen Berufsgenossenschaften voraus hat, ist auf diesem Gebiet vorangegangen. In industriellen Städten haben unternehmende, den Geist des Gesetzes alsbald erfassende Aerzte Privatanstalten zur Nachbehandlung Unfallverletzter der Berufsgenossenschaften begründet. Und heute finden wir fast in jedem besseren Krankenhause eine mehr oder weniger vollwerthige Einrichtungen zum Zwecke der Nachbehandlung von Verletzungen, die nicht bloss versicherten Arbeitern, sondern auch anderen Patienten zu Gute kommt.

In anderer Beziehung hat das Invaliden-Versicherungs-Gesetz befruchtend gewirkt. Ohne die durch das neue Gesetz den Landes-Versicherungs-Anstalten in die Hand gegebenen grossen Mittel hätte z. B. die Prophylaxe der grössten Volksseuche, der Tuberkulose, niemals solche Fortschritte machen können, wie dies in der neusten Zeit erfreulicher Weise der Fall ist. Die vom Gesetzgeber vielleicht kaum geahnte Fernwirkung auf die hygienischen Verhältnisse der ganzen Nation ist eine ganz eminente. Das neue Recht hat auch neue Finanzverhältnisse für die allgemeine Gesundheitspflege zur Verfügung gestellt. Es ist ein Riesenapparat, den die staatlichen Versicherungsgesetze, das Krankenversicherungs-Gesetz, das Unfallversicherungs-Gesetz und das Invalidenversicherungs-Gesetz, ins Leben gerufen haben; bis in die welt-

verlorensten Winkel des Reiches macht sich ihre Wirkung fühlbar. Kaum weniger bedeutsam als die allgemeine Schulpflicht ist die allgemeine Versicherungspflicht für die Hebung der Kultur unseres Volkes und besonders für die nationale Gesundheit. Durch die Thätigkeit der Landesversicherungs-Anstalten und ihrer Aerzte werden die in Aberglauben und Indolenz befangenen Bewohner auch der entlegensten Walddörfer für die Segnungen der modernen Gesundheitspflege, für das Verständniss moderner medizinischer Kunst allmählich gewonnen werden. Ein unendlicher Gewinn an Nationalvermögen!

Erster Abschnitt.

Unfallversicherung.

I. Die öffentliche Unfallversicherung.

A. Gesetzliche Organisation.

1. Allgemeines.

Massgebend für die öffentliche Unfallversicherung im Deutschen Reiche sind zur Zeit die Gesetze vom 30. Juni 1900, in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Juli 1900 und zwar:

1. Das Gesetz betreffend die Abänderung der Unfallgesetze (Mantelgesetz oder Hauptgesetz genannt),
2. das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz (G. U. V.),
3. das Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirthschaft (L. U. V.),
4. das Bau-Unfallversicherungsgesetz (B. U. V.),
5. das See-Unfallversicherungsgesetz (S. U. V.),
6. das Gesetz betreffend die Unfallfürsorge für Gefangene.

Dazu kommt noch strenggenommen das Unfallfürsorgegesetz für Beamte und Personen des Soldatenstandes vom 18. Juni 1901; dasselbe gilt zwar nur für die Beamten des Deutschen Reiches, in einzelnen Bundesstaaten sind jedoch ähnliche Gesetze erlassen, z. B. in Preussen durch Gesetz vom 18. Juni 1887. Diese Gesetze erstrecken sich aber nur auf die Betriebsunfälle, die unmittelbare, in reichsgesetzlich der Unfallversicherung unterliegenden Betrieben beschäftigte Beamte innerhalb dieses Betriebes erleiden.

Lediglich aus praktischen Gesichtspunkten, nämlich um dem versicherten Arbeiter und den Arbeitgebern die Kenntnissnahme der Gesetze zu erleichtern, hat man von einer Verschmelzung der vorher unter No. 1—5 aufgeführten Gesetze in ein Gesetz Abstand genommen; in allen den ärztlichen Sachverständigen interessirenden Fragen stimmen sie jedoch wörtlich überein. Auch im übrigen ist eine Wort für Wort übereinstimmende Fassung gewählt, mit Ausnahme der für jeden Berufszweig getroffenen Sonderbestimmungen, insbesondere über die Aufbringung der Mittel und über den Kreis der Versicherungspflicht. Am umfassendsten ausgeführt ist das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz (G.-U.-G.) und das Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirthschaft (L.-U.-G.). Auf das erstgenannte ist in den übrigen Gesetzen bezüglich der wörtlich übereinstimmenden Paragra-

phen vielfach verwiesen; es ist auch den nachstehenden Ausführungen in erster Linie zu Grunde gelegt.

Das Abänderungs- oder Mantelgesetz giebt Bestimmungen über Errichtung neuer Berufsgenossenschaften und führt eine ganz neue Zusammensetzung der Schiedsgerichte ein, die sogenannten territorialen Schiedsgerichte im Gegensatz zu den früheren berufsgenossenschaftlichen Schiedsgerichten. Es ist dies ein erster Schritt auf dem viel erwogenen Wege zur Verschmelzung aller Zweige der staatlichen Arbeiterversicherung. —

Der ärztliche Sachverständige im öffentlichen Unfallversicherungswesen hat es zu thun:

1. mit dem Versicherten, bezw. dem Unfallverletzten,
2. mit Berufsgenossenschaften (B.-G.), den Trägern der Versicherungslasten,,
3. mit den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung und
4. mit der obersten Aufsichtsbehörde für das ganze öffentliche Versicherungswesen, dem Reichsversicherungsamt (R.-V.-A.), das zugleich die letzte Instanz im Rentenstreitverfahren bildet.

2. Der Kreis der Versicherten.

Der Kreis der Versicherten wird im Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz wie folgt bestimmt:

§ 1. Alle Arbeiter und Betriebsbeamte, letztere sofern ihr Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt dreitausend Mark nicht übersteigt, werden nach Massgabe dieses Gesetzes gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle versichert, wenn sie beschäftigt sind:[1])

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Steinbrüchen, Gräbereien (Gruben), auf Werften und Bauhöfen sowie in Fabriken, gewerblichen Brauereien und Hüttenwerken;
2. in Gewerbebetrieben, welche sich auf die Ausführung von Maurer-, Zimmer-, Dachdecker- oder sonstigen durch Beschluss des Bundesraths für versicherungspflichtig erklärten Bauarbeiten oder von Steinhauer-, Schlosser-, Schmiede- oder Brunnenarbeiten erstrecken, sowie im Schornsteinfeger-, Fensterputzer- und Fleischergewerbe;[2])

---

[1]) Die Bestimmungen der übrigen U. V. G. lauten in dieser Hinsicht:

L. U. V. § 1.: Alle in land- und forstwirthschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeiter und Betriebsbeamten u. s. w.

Bau-U. V. § 1.: Arbeiter, welche bei der Ausführung von Bauarbeiten beschäftigt und nicht auf Grund des G. U. V. oder des L. U. V. gegen Unfall versichert sind, werden u. s. w.

See-U. V. § 1.: 1) Personen, welche auf deutschen Seefahrzeugen als Schiffer, Personen der Schiffsmannschaft, Maschinisten, Aufwärter oder in anderer Eigenschaft zur Schiffsbesatzung gehören (Seeleute), Schiffer, jedoch nur, sofern sie Lohn oder Gehalt beziehen, 2) ohne zur Schiffsbesatzung zu gehören, auf deutschen Seefahrzeugen in inländischen Häfen beschäftigt werden, soweit sie nicht auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen versichert sind, 3) in inländischen Betrieben schwimmender Docks und ähnlicher Einrichtungen, sowie in inländischen Betrieben für die Ausübung des Lootsendienstes, für die Rettung oder Bergung von Personen oder Sachen bei Schiffbrüchen, für die Bewachung Beleuchtung oder Instandhaltung der dem Seeverkehre dienenden Gewässer beschäftigt sind, werden gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle einschliesslich derjenigen Unfälle, welche während des Betriebes in Folge von Elementarereignissen eintreten, nach Massgabe der Bestimmungen dieses, Gesetzes versichert.

[2]) Für die der Unfallversicherung durch das Gesetz neu unterstellten Gewerbetriebe sind durch Beschluss des Bundesraths (Bekanntmachung vom

3. im gesammten Betriebe der Post-, Telegraphen- und Eisenbahnverwaltungen sowie in Betrieben der Marine- und Heeresverwaltungen, und zwar einschliesslich der Bauten, welche von diesen Verwaltungen für eigene Rechnung ausgeführt werden;
4. im gewerbsmässigen Fuhrwerks-, Binnenschiffahrts-, Flösserei-, Prahm- und Fährbetriebe, im Gewerbebetriebe des Schiffsziehens (Treidelei), sowie im Baggereibetriebe;
5. im gewerbsmässigen Speditions-, Speicher-, Lagerei- und Kellereibetriebe;
6. im Gewerbebetriebe der Güterpacker, Güterlader, Schaffer, Bracker, Wäger, Messer, Schauer und Stauer;
7. im Lagerungs-, Holzfällungs- oder der Beförderung von Personen oder Gütern dienenden Betrieben, wenn sie mit einem Handelsgewerbe, dessen Inhaber im Handelsregister eingetragen steht, verbunden sind.

§ 2. Den Betriebsbeamten im Sinne dieses Gesetzes werden Werkmeister und Techniker gleichgestellt.

Den Fabriken im Sinne dieses Gesetzes gelten alle Betriebe gleich, für welche Dampfkessel oder durch elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heisse Luft, Elektrizität u. s. w.) oder durch thierische Kraft bewegte Triebwerke nicht blos vorübergehend zur Anwendung kommen.

Im Uebrigen gelten als Fabriken im Sinne dieses Gesetzes insbesondere diejenigen Betriebe, in welchen die Bearbeitung oder Verarbeitung von Gegenständen gewerbsmässig ausgeführt wird und zu diesem Zwecke mindestens zehn Arbeiter regelmässig beschäftigt werden, sowie Betriebe, in welchen Explosivstoffe oder explodirende Gegenstände gewerbsmässig erzeugt werden.

Welche Betriebe ausserdem als Fabriken im Sinne dieses Gesetzes anzusehen sind, bestimmt das Reichs-Versicherungsamt.

Auf gewerbliche Anlagen, Eisenbahn- und Schiffahrtsbetriebe, welche wesentliche Bestandtheile eines der vorbezeichneten oder der im § 1 bezeichneten Betriebe sind, finden die Bestimmungen dieses Gesetzes ebenfalls Anwendung.

§ 3. Die Versicherung erstreckt sich auf häusliche und andere Dienste, zu denen versicherte Personen neben der Beschäftigung im Betriebe von ihren Arbeitgebern oder von deren Beauftragten herangezogen werden.

§ 5. Durch Statut kann die Versicherung erstreckt werden

a) auf Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt, oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen;
b) ohne Rücksicht auf die Zahl der von ihnen beschäftigten Lohnarbeiter auf solche Unternehmer eines in den §§ 1 und 2 bezeichneten Betriebes, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibenden mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausgewerbetreibende), und zwar auch dann, wenn sie die Roh- und Hülfstoffe selbst beschaffen;
c) auf Betriebsbeamte mit einem dreitausend Mark nicht übersteigenden Jahresarbeitsverdienste. Bei der Versicherung von Betriebsbeamten ist vorbehaltlich der Bestimmungen des § 10 Abs. 1, der volle Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen.

Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt, oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sind berechtigt, gegen die Folgen von Betriebsunfälleu sich selbst zu versichern. Durch Statut kann diese Berechtigung auf Unternehmer mit einem höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.

---

5. Oktober 1901) die Schmiedebetriebe zu einer neuen, das ganze Reichsgebiet umfassenden Berufsgenossenschaft vereinigt, die kleinen Brauereien: der Brauerei- und Mälzereiberufsgenossenschaft, die Schlossereibetriebe: den Eisen- und Stahlberufsgenossenschaften, das Fensterputzgewerbe: den Baugewerksberufsgenossenschaften, das Fleischergewerbe: der Fleischereiberufsgenossenschaft, die Lagereibetriebe sowie die Lagerungs- und die der Beförderung von Personen dienenden Betriebe: der Lagereiberufsgenossenschaft, die der Beförderung zu Wasser dienenden Betriebe: den Binnenschiffahrtsberufsgenossenschaften, die Holzfällungsbetriebe: den Holzberufsgenossenschaften.

Durch Statut kann ferner bestimmt werden, dass und unter welchen Bedingungen gegen die Folgen der bei dem Betrieb oder Dienste sich ereignenden Unfälle versichert werden können

a) im Betriebe beschäftigte, aber nach §§ 1 oder 2 nicht versicherte Personen durch den Betriebsunternehmer;
b) nicht im Betriebe beschäftigte, aber die Betriebsstätte besuchende oder auf derselben verkehrende Personen durch den Betriebsunternehmer oder den Vorstand der Berufsgenossenschaft (§ 28);
c) Organe und Beamte der Berufsgenossenschaft durch deren Vorstand.

3. Die Berufsgenossenschaften.

In zweiter Linie hat es der ärztliche Sachverständige in versicherungsrechtlichen Angelegenheiten mit den Berufsgenossenschaften bezw. deren Unterorganen, den Sektionsvorständen und Vertrauensmännern zu thun. Die B.-G. sind vom Gesetz geschaffene Korporationen, deren Mitglieder die Betriebe ein und desselben Berufszweiges sind. Es giebt 66 gewerbliche B.-G., die vielfach in Sektionen zerfallen, denen dann speziell das Heilverfahren untersteht, 48 nach Provinzen, Einzelstaaten usw. begrenzte landwirthschaftliche B.-G., deren Sektionsvorstände die Kreisausschüsse bilden; dazu kommen noch die Baugewerks-Berufsgenossenschaften, die ebenfalls provinzielle Begrenzung haben und die Seeberufsgenossenschaft.

Die B.-G. haben behördlichen Charakter. Die Wahl ihrer Vorstände erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen aus der Reihe der Arbeitgeber; die angesehendsten Vertreter jedes Berufszweiges, Männer von grosser Lebenserfahrung und Kenntniss der sozialen Verhältnisse, haben die Verwaltung in Händen. Es ist falsch, die B.-G. immer als Partei anzusehen; sie sind dies nur mit Einschränkung, jedenfalls sind sie es nie in dem Sinne, dass sie sich mit den Unfallverletzten immer und unter Anwendung jedes Mittels auf die möglichst billige Weise abfinden wollen und ausschliesslich ihr eigenes materielles Interesse im Auge haben. Berufen zur Durchführung öffentlichen Rechts, darf man von den B.-G. als Behörde annehmen, dass sie berechtigten Ansprüchen des Versicherten gern und vollauf genügen. Die Erfahrung lehrt auch, dass dies geschieht, dass die B.-G. bereitwillig auf besonders schwierige Umstände Rücksicht nehmen und in echt humaner Weise oft über das Mass des unbedingt Nothwendigen bei der Rentenfestsetzung weit hinausgehen. Jedenfalls ist es keine prinzipielle Parteinahme gegen den Arbeiter, wenn sie gelegentlich unberechtigte oder scheinbar unberechtigte Ansprüche ablehnen, sondern eine nothwendige Wahrung des eigenen Interesses.

Die B.-G. nehmen den ärztlichen Sachverständigen in Anspruch entweder als den „behandelnden" Arzt eines Unfallverletzten oder als ihren Vertrauensarzt in der einzelnen Unfallsache, vielfach auch für alle oder wenigstens den grössten Theil der Unfälle. In welcher Eigenschaft der Arzt sein Gutachten auch erstattet, er wird der B.-G. keinen Gefallen er-

weisen, wenn er, etwa um ihr Kosten zu sparen, die Minderung der Arbeitsfähigkeit durch einen Unfall niedriger einschätzte, als sie es thatsächlich ist; denn dann ist mit Sicherheit zu erwarten, dass der Patient gegen die Festsetzung protestirt und der B.-G. durch das schiedsgerichtliche Verfahren oft ganz erhebliche Mehrkosten erwachsen. Bedauerlich ist es jedenfalls, dass man in übertriebener Rücksichtnahme auf den Versicherten gesetzliche Bestimmungen getroffen hat, die, wenn auch unausgesprochen, die Möglichkeit zur Voraussetzung haben, dass Vertrauensärzte der B.-G. ihr Urteil zu deren Gunsten beugen könnten. Im § 69 Abs. 3 des G. U. G., § 75 Abs. 3 d. L. U. G. heisst es nämlich:

„Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt, oder nur eine Theilrente festgestellt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhältnisse, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören".

Dieser in der Kommissionsberathung viel erörterte Paragraph dürfte auch bezüglich seines ersten Theils mitunter schwer durchzuführen sein; denn wer ist der „behandelnde Arzt" eines Unfallverletzten, der nicht selten einem Dutzend von Aerzten durch die Hände geht? Die Bestimmung kann doch nur den Grund haben, dass die Beobachtung während der Behandlung vielleicht Gesichtspunkte ergiebt, die dem Verletzten hinsichtlich seiner Rentenansprüche zu statten kommen. Wenn z. B. Jemand eine Gehirnerschütterung erlitten hat und längere Zeit danach bewusstlos war, so können, trotz des späteren Fehlens jeder objektiv nachweisbaren Verletzungsspur etwa noch bestehende subjektive Klagen über Kopfschmerz, Schlaflosigkeit lediglich unter Berücksichtigung des Befundzeugnisses des ersten behandelnden Arztes begründet erscheinen. Aber auch wo der ursächliche Zusammenhang eines Leidens mit einem angeblichen Unfall nicht ganz klar ist, wird die B.-G. ein informatorisches Attest von jenem einholen. Anderseits weiss oft nicht dieser, sondern der Hausarzt und der Kassenarzt besser Auskunft zu geben über die vor dem angeblichen Unfall vorhandene Arbeitsfähigkeit, über früher überstandene Krankheiten und deren Rückstände. Ist ferner ein Schwerverletzter in einem Krankenhause lange Zeit wegen der Folgen eines Unfalls behandelt worden, so ist wiederum dieser vornehmlich im Stande, einen vollwerthigen Bericht über den Heilungsverlauf, über Komplikationen desselben (lokale Eiterungen, pyämische Prozesse etc.) und die dadurch bedingte Schwächung des allgemeinen Gesundheitszustandes zu geben. Endlich kann derjenige Arzt als der „behandelnde" im Sinne des Gesetzes angesehen werden, in dessen Händen die Nachbehandlung z. B. in einem mediko-mechanischen Institut gelegen hat; denn er wird am ehesten darüber objektiv Auskunft geben können, was in der letzten Zeit vor der Entlassung ein Verletzter an den Apparaten zu leisten vermochte. Jedenfalls ist aber die Auffassung eine irrige, als hätte der „behandelnde Arzt", gleichgültig welcher der genannten Kategorieen er angehört, aus jenem Paragraphen des

G.-U.-G. für sich ein Recht zu verlangen, dass er im zutreffenden Falle gefragt werden muss.[1])

Umgekehrt ist es nicht selten vorgekommen, dass Aerzte sich geweigert haben, das von einer B.-G. erforderte Gutachten abzugeben, in der Regel aus dem Grunde, weil sie befürchteten, sich durch ein die Ansprüche des Rentennachsuchers nicht befriedigendes Zeugniss Ungelegenheiten zuzuziehen. Nun kann die B.-G. zweifellos keinen Arzt direkt zwingen, ihr ein Gutachten zu erstatten; aber indirekt kann sie es doch, und dann unter Umständen die für den Arzt weniger günstig sind, als wenn er das Gutachten gegen Honorar freiwillig erstattet. Die B.-G. kann nämlich eine gerichtliche Erhebung über den Unfall und seine Folgen veranlassen und auf diesem Wege den betreffenden Arzt durch seine Vernehmung als Sachverständigen oder Zeugen zur Abgabe eines Gutachtens oder eines Zeugnisses zwingen. Es empfiehlt sich also nicht, dieses grundsätzlich einer B.-G. gegenüber zu verweigern!

4. Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung; Vertrauensärzte derselben.

Die dritte vom Unfallversicherungsgesetz geschaffene Organisation, die den ärztlichen Sachverständigen besonders interessirt, sind die Schiedsgerichte. § 3 des Abänderungsgesetzes bestimmt in dieser Hinsicht:

„Die Entstehung von Streitigkeiten über Entschädigungen auf Grund der Unfallversicherungsgesetze wird den gemäss §§ 103 ff. des Invalidenversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichten übertragen. Diese führen fortan die Bezeichnung „Schiedsgericht für Arbeiterversicherung“ mit Angabe des Bezirkes und des Sitzes.“

Nur für versicherungspflichtige Personen, welche in Betrieben des Reichs, eines Bundesstaates oder eines Kommunalverbandes beschäftigt (§ 8 J.-V.-G.), ferner für die Knappschaftskassen-Mitglieder (§ 10 J.-V.-G.) und für Versicherte der See-Berufsgenossenschaft sind besondere Schiedsgerichte eingeführt. Ein ständiger Vorsitzender, von der Zentralbehörde des Bundesstaates aus der Zahl der öffentlichen Beamten gewählt, führt mit Hilfsbeamten, welche die jeweilige Landes-Versicherungsanstalt stellt, die Geschäfte. Die Beisitzer sind zu gleichen Theilen aus der Zahl der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer von dem Ausschuss der Versicherungsanstalt gewählt. Die bei den früheren berufsgenossenschaftlichen Schiedsgerichten vorgeschriebene Zuziehung von Bei-

[1]) Nach einer Rekurs-Entscheidung vom 25. 2. 1901 ist die grundsätzlich für jeden Fall beabsichtigte Anhörung des behandelnden Arztes in der Richtung einzuschränken, dass dann kein Arzt, weder der behandelnde, noch ein sonstiger gehört zu werden braucht, wenn für die Ablehnung des Anspruchs oder die Feststellung einer Theilrente ein ärztliches Gutachten überhaupt nicht in Betracht kommen kann, z. B. wenn der Anspruch abgelehnt werden soll, weil das Vorliegen eines Betriebsunfalles verneint wird, oder weil der Verletzte nicht versichert, oder weil der Anspruch verjährt ist, oder wenn die Gewährung einer Theilrente wie bei den einfachen Fingerverletzungen, dem Verlust eines Auges u. s. w. schon auf Grund der eigenen Wahrnehmung des Feststellungsorganes oder sonstiger liquider Beweise erfolgen soll“. In ähnlicher Weise hat sich das R. V. A. in einer Rekursentscheidung vom 16. April 1901 ausgesprochen.

sitzern aus dem gleichen Erwerbszweige, ist jetzt nur noch für die Verletzten der land- und forstwirthschaftlichen und der Bergbaubetriebe bindend. Bezüglich dieser Abänderung bei den neuen Schiedsgerichten ist folgender Passus aus den Motiven auch für den ärztlichen Sachverständigen beachtenswerth:

„Die Meinung, dass nur Arbeiter und Arbeitgeber aus dem gleichen Gewerbe über Unfälle und Entschädigungsansprüche ein massgebendes Urtheil haben könnten, ist durch die bisherige Praxis nicht bestätigt worden. Nur bei einem verhältnissmässig kleinen Theile derjenigen Unfälle, welche die B. G. zu einer Entschädigung verpflichten, ist eine spezielle Kenntniss des betreffenden Betriebszweiges für eine richtige Entscheidung erforderlich. In weitaus den meisten Fällen handelt es sich um den Grad der Erwerbsfähigkeit, für dessen Beurtheilung nicht die Verhältnisse des einzelnen Gewerbes, sondern der allgemeine Arbeitsmarkt den entscheidenden Massstab giebt, oder, wie die vom Reichsversicherungsamt aufgestellte Statistik beweist, um Verletzungen, welche auf allgemeine Betriebsgefahren zurückzuführen sind."

Die Schiedsgerichte verlangen vom behandelnden Arzt oder von Autoritäten auf einem speziellen Gebiet Gutachten bezw. Obergutachten in strittigen Fällen. Eine besondere Stellung bei ihnen aber haben die Vertrauensärzte der Schiedsgerichte; gewählt nach § 8 des Abänderungsgesetzes.

„Das Schiedsgericht wählt bei Beginn eines jeden Geschäftsjahrs in seiner ersten Spruchsitzung, in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk oder Bundesstaat zuständigen Aerztevertretung[1]), aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts wohnenden approbirten Aerzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgericht in der Regel nach Bedarf zuzuziehen sind. Den zugezogenen Sachverständigen ist zur Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Akten des Schiedsgerichts und der Berufsgenossenschaft zu gewähren. Die Namen der gewählten Aerzte sind öffentlich bekannt zu machen.

Im Uebrigen wird die Durchführung dieser Bestimmung durch die Landes-Zentralbehörde geregelt.[2])"

---

[1]) Nach der Verordnung vom 27. Mai 1887 (G. S., S. 169) für Preussen die Aerztekammer.

[2]) In Preussen sind für die Wahl der ärztlichen Sachverständigen bei den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung durch die Erlasse des Ministers für Handel und Gewerbe vom 29. Dezember 1900 und 29. Januar 1901 nachstehende Bestimmungen erlassen:

1. „Die Zahl der zu wählenden ärztlichen Sachverständigen, welche bei den Verhandlungen des Schiedsgerichts über Streitigkeiten aus der Unfallversicherung zugezogen werden sollen, und die Grundsätze, nach denen die Auswahl zu erfolgen hat, bestimmt der Vorsitzende nach Anhörung des stellvertretenden Vorsitzenden.

2. Bis zum 1. November jeden Jahres hat der Vorsitzende den Vorstand der Aerztekammer in deren Bezirk das Schiedsgericht belegen ist, unter Mittheilung der für die Auswahl massgebenden Grundsätze um Bezeichnung von doppelt so vielen approbirten Aerzten, als zu wählen sind, zu ersuchen.

3. Die zu wählenden ärztlichen Sachverständigen müssen am Sitze des Schiedsrichters wohnen. Die Wahl von Aerzten, die in Vororten wohnen, ist zulässig, insofern dadurch höhere Kosten nicht entstehen. Werden an ausserhalb des Sitzes des Schiedsgerichts belegenen Orten regelmässig Verhandlungen abgehalten, so können auch an diesen Orten wohnende Aerzte gewählt werden.

4. Die Wahl der ärztlichen Sachverständigen erfolgt durch das Schiedsgericht in der ersten Sitzung im Kalenderjahre. Dem Vorsitzenden bleibt die Entscheidung darüber überlassen, ob er für diese Sitzung bei der Zuziehung der Beisitzer von der festgesetzten Regel abweichen will.

5. Der Vorsitzende hat eine Vorschlagsliste aufzustellen, in der für jeden zu wählenden Sachverständigen die Namen von mindestens zwei approbirten Aerzten einzutragen sind. Abschrift der Liste ist mit der Einladung zur Sitzung

Aus den Motiven zum Gesetz geht hervor, dass man den Schiedsgerichten, denen es ohnehin unbenommen ist, in jedem Falle einen Arzt beizuziehen, einen Vertrauensarzt zur Verfügung stellt zum Zwecke möglichst glatter und rascher Behandlung der Streitfälle. Seine Zuziehung soll in der Regel „nach Bedarf" geschehen, wenn überhaupt medizinische Sachkenntniss in Frage kommt; ist es nöthig, so soll statt seiner auch ein Spezialist gehört werden. In dem Kommissionsbericht (S. 10—14) heisst es dazu:

„Der Paragraph werde voraussichtlich die Folge haben, dass sich noch mehr wie bisher ein Stamm von in der sozialen Heilkunde besonders erfahrenen Aerzten bilden werde, was bei der wachsenden Bedeutung dieses neuen Zweiges der ärztlichen Wissenschaft gewiss freudig zu begrüssen sei. An diese Aerzte, welche vermöge ihrer Stellung und ihrer Erfahrung bei den Schiedsgerichten einer besonderen Autorität sich erfreuen dürften, könne sich der Verletzte einmal wenden, wenn er das Bedürfniss empfinde, sich auf seine Kosten ein vollgewichtiges Gutachten zu beschaffen. Es sei ja wohl zu erwarten, dass die schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte sich einer solchen ausserhalb ihrer Thätigkeit beim Schiedsgericht liegenden Inanspruchnahme nicht entziehen würden. Gerade damit werde der so vielfach beklagten, in ihren Gründen bei der Verhandlung von 1897 vorher dargelegten Kalamität abgeholfen, dass es für den Verletzten in sehr vielen Fällen nicht möglich sei, sich ein Gutachten von wirklichem Gewicht zu beschaffen."

Die Stellung des schiedsgerichtlichen Vertrauensarztes verlangt nicht bloss ein hohes Mass von Sachkenntniss, son-

---

den Beisitzern zuzustellen. In der Liste sind, sofern ein Bedürfniss hierfür vorliegt, diejenigen approbirten Aerzte, welche als ständige Vertrauensärzte allen Verhandlungen des Schiedsgerichts über Streitigkeiten aus der Unfallversicherung beiwohnen sollen, zu bezeichnen.

6. Die Wahl erfolgt in nichtöffentlicher Sitzung durch Stimmenmehrheit. Das Schiedsgericht kann andere approbirte Aerzte, als in der Vorschlagsliste aufgeführt sind, wählen. Nicht wählbar sind Vertrauensärzte der Landes-Versicherungsanstalten, der zugelassenen besonderen Kasseneinrichtungen, der Berufsgenossenschaften und der Ausführungsbehörden. Vertrauensärzte des Schiedsgerichts, welche während des Kalenderjahres in ein Vertragsverhältniss zu einer Berufsgenossenschaft, Ausführungsbehörde, Landesversicherungsanstalt oder einer zugelassenen besonderen Kasseneinrichtungen treten, scheiden aus.

7. Unmittelbar nach der Sitzung hat der Vorsitzende die Gewählten zu benachrichtigen. Die den ärztlichen Sachverständigen für die Theilnahme an den Sitzungen zustehende Vergütung wird bei Beginn jeden Kalenderjahres durch Beschluss des Schiedsgerichts allgemein festgesetzt. Hinsichtlich der Bemessung der Vergütung für die sonstigen Verrichtungen der ärztlichen Sachverständigen sind die Vorschriften der Verordnungen vom 9. März 1872 (G.-S. S. 265) und vom 17. September 1876 (G.-S. S. 411) massgebend.

8. Wird die Wahl abgelehnt, so findet innerhalb der nächsten 6 Wochen in einer Sitzung des Schiedsgerichts eine Ersatzwahl statt. Darüber, ob in anderen Fällen, in denen ein Vertrauensarzt ausscheidet, eine Ersatzwahl stattzufinden hat, entscheidet der Vorsitzende des Schiedsgerichts.

9. Die Namen der gewählten ärztlichen Sachverständigen sind im Bezirk des Schiedsgerichts in den für die Veröffentlichungen der höheren und unteren Verwaltungsbehörden bestimmten Blättern bekannt zu machen.

10. Die Zuziehung der ärztlichen Sachverständigen zu den einzelnen Sitzungen wird durch den Vorsitzenden oder durch den stellvertretenden Vorsitzenden, sofern dieser die betreffende Sitzung abhält, veranlasst. Der Vorsitzende oder stellvertretende Vorsitzende ist berechtigt, in besonderen Fällen andere als die gewählten ärztlichen Sachverständigen zur Sitzung des Schiedsgerichts zuzuziehen. Sie sind ferner befugt, die ärztlichen Sachverständigen zu Verhandlungen der Schiedsgerichte über Streitigkeiten aus der Invalidenversicherung zuzuziehen; in solchen Fällen ist den Sachverständigen die Einsicht in die Akten der Landes-Versicherungsanstalt und des Schiedsgerichts zu gestatten."

dern auch viel Takt und viel Reserve. Er hat auf Befragen in mündlicher Darlegung die vorliegenden ärztlichen Gutachten dem Schiedsgericht zu interpretiren, denselben auf Grund des Verhandlungsergebnisses und einer eigenen Untersuchung beizutreten oder anderweit Stellung zu nehmen.. In letzterer Beziehung ist es oft nicht leicht, unter Wahrung der kollegialen Rücksichten eine der Auffassung eines früheren Gutachters entgegengesetzte Meinung vertreten zu müssen. Und doch muss es geschehen, wenn man auf Grund der mündlichen Verhandlung vor dem Schiedsgericht oder auf Grund grösserer Erfahrung Gesichtspunkte bekommt, welche zu einer anderen Beurteilung führen. Freilich muss man sich vor einer Ueberschätzung seiner eigenen Sachkenntniss hüten und darf nicht vergessen, dass man auf Grund einmaliger Untersuchung nicht immer ein endgiltiges Urteil fällen kann. Es wird also nicht selten nothwendig sein, den Verletzten mehrmals zu untersuchen oder den Vorbehalt einer längeren stationären Beobachtung zu machen. In diesem Falle schiebt das Schiedsgericht die Entscheidung hinaus bis zum Eingange eines motivirten Gutachtens auf Grund eben jener Beobachtung.

Die Laien-Beisitzer der Schiedsgerichte sind in der Regel erfahrene Männer des praktischen Lebens, von denen vielfach gesunde, praktische Ansichten bei der Beurtheilung der Rentenfälle zum Ausdruck gebracht werden. Man sollte sich also nicht gekränkt fühlen, wenn hie und da andere Entscheidungen getroffen werden, als sie der ärztliche Gutachter von rein medizinischem Standpunkt empfohlen hat.

Ein Anderes ist es, wenn, wie man es auch nicht selten erlebt, von den Laienbeisitzern dem ärztlichen Gutachten eine prinzipielle Nichtachtung entgegengebracht wird. Der Zug der Zeit, welcher Kurpfuscher- und Naturheilschwindel zu so üppiger Blüthe gedeihen liess, beherrscht leider auch die Köpfe von Leuten besonders aus dem Arbeitnehmerstande, die nun in diesen Schiedsgerichten als Richter fungiren. Erfüllt von Verachtung für die wissenschaftliche Medizin, geben sie nicht selten dieser Anschauung Ausdruck, manchmal in wenig urbaner Form. Wo dies ungerügt geschieht, da ist es Sache des schiedsgerichtlichen Vertrauensarztes, dem energisch entgegenzutreten.

Auch das Schiedsgericht darf von strengster Objektivität nicht abgehen! Das Reichsversicherungsamt hat früher wiederholt und auch neuerdings wieder den Werth der Augenscheinnahme durch Laien, das Mass der auch den Schiedsgerichten zustehenden freien Beweiswürdigung gebührend eingeschränkt, und z. B. in der nachstehenden Revisions-Entscheidung vom 13. Februar 1901 die gänzliche Nichtberücksichtigung zweier ärztlicher Gutachten als unzulässig erklärt:

„Die beiden ärztlichen Sachverständigen, die den Kläger untersucht haben, sind auf Grund des objektiven Befundes zu dem Ergebniss gelangt dass seine Erwerbsfähigkeit um nicht mehr als 50 Proz. herabgesetzt sei. Hiervon abweichend hat das Schiedsgericht Invalidität im Sinne des Gesetzes angenommen,

indem es mit Rücksicht auf den hinfälligen Eindruck des im Verhandlungstermin erschienenen Klägers die Schätzung seiner Erwerbsunfähigkeit zur Zeit als zu niedrig gegriffen erachtete. Das Schiedsgericht hat daher dem Kläger die Rente erst vom Tage der mündlichen Verhandlung zugesprochen. Hieraus ist zu entnehmen, dass der Vorderrichter die ärztlichen Gutachten an sich nicht für unzutreffend erklären wollte, sondern eine dauernde Verschlechterung in dem Zustande des Klägers bis zur Invalidität nach der letzten Untersuchung angenommen hat. Da aber das Gutachten des Kreisphysikus Dr. B. nur 10 Tage vor dem Verhandlungstermin erstattet ist, so ist eine solche Verschlechterung in der Zwischenzeit an sich unwahrscheinlich, und sie durfte vom Schiedsgerichte nicht festgestellt werden, ohne die sich darbietenden Mittel zur Klarstellung des Sachverhaltes zu erschöpfen, d. h. den Kreisphysikus Dr. B. nochmals zu hören. Hat aber das Schiedsgericht die Schätzung der Erwerbsfähigkeit durch die beiden Aerzte überhaupt, d. h. auch zur Zeit der von ihnen vorgenommenen Untersuchung für unzutreffend erklären wollen, indem es sich lediglich auf den Augenschein stützte, so hat es die Grenzen seines Rechtes freier Beweiswürdigung überschritten. Gegenüber dem Gutachten des Dr. B. vom 25. September 1900, wonach der Kläger ein Mann von kleinem, regelmässigem Körperbau, mässig derber Muskulatur und gesunder Gesichtsfarbe ist, durfte das Schiedsgericht sich nicht mit dem Eindruck von der Hinfälligkeit des Klägers begnügen, sondern musste versuchen, durch geeignete weitere Ermittelungen seine Wahrnehmungen mit denjenigen des Sachverständigen zu vereinigen."

Unzulässig ist anderseits die Berücksichtigung eines erst nach der Entscheidung des Schiedsgerichts abgegebenen ärztlichen Gutachtens, falls dieses nicht schon in der Verhandlung mündlich und zwar mit Begründung zu Protokoll gegeben ist (Rg.-Entsch. vom 21. 2. 1901).

5. Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsämter.

Das Reichsversicherungsamt ist die letzte Instanz im Rentenstreitverfahren und zugleich die oberste Aufsichtsbehörde zur Durchführung des gesammten Versicherungsrechts, ähnlich wie das Reichsgericht für diejenige des bürgerlichen und Strafrechts; es unterscheidet sich jedoch insofern von diesem, dass es unter Zuziehung von nicht beamteten Richtern entscheidet. Das Abänderungsgesetz regelt seine Zusammensetzung wie folgt:

§ 11. „Das Reichs-Versicherungsamt hat seinen Sitz in Berlin und besteht aus ständigen und nichtständigen Mitgliedern.

Der Präsident und die übrigen ständigen Mitglieder werden auf Vorschlag des Bundesraths vom Kaiser auf Lebenszeit ernannt Aus den ständigen Mitgliedern werden vom Kaiser die Direktoren und die Vorsitzenden der Senate ernannt. Die übrigen Beamten des Reichs-Versicherungsamts werden vom Reichskanzler ernannt.

Von den nichtständigen Mitgliedern werden sechs vom Bundesrath, und zwar mindestens vier aus seiner Mitte, sechs als Vertreter der Versicherten von den dem Arbeiterstand angehörenden Beisitzern der Schiedsgerichte gewählt.[1])"

Das R.-V.-A. verlangt zum Zwecke der Entscheidung von Rekursen gegen die Entscheidung der Schiedsgerichte gelegentlich Obergutachten von namhaften Aerzten. Ihre Schlüsse müssen mit besonders eingehender Motivirung erfolgen, da es sich in diesen Fällen immer um besonders schwierige Fragen und um die Schlichtung von wesentlichen Meinungsverschiedenheiten der Vorgutachter handelt.

[1]) Für einzelne Bundesstaaten — Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz und

Die „Amtlichen Nachrichten aus dem Reichsversicherungsamt" enthalten zahlreiche prinzipiell wichtige Entscheidungen ähnlich den für den Juristen wichtigen „Reichsgerichtsentscheidungen". Es ist für den ärztlichen Sachverständigen Pflicht, sich über die Rechtsprechung des R.-V.-A. auf dem Laufenden zu erhalten; ihre Kenntniss ist für die Beurtheilung von gewissen Unfallsfolgen, z. B. Unterleibsbrüchen, Augenverletzungen usw. unerlässlich. Die „amtlichen Nachrichten" bringen vielfach auch Obergutachten von Autoritäten, die zwar durchweg recht lehrreich, aber nicht immer als einwandsfreie Beweise des ursächlichen Zusammenhangs eines Leidens mit einem Unfall anzusehen sind. Dies verdient hervorgehoben zu werden, weil sich nicht kritische Geister leicht an die Ergebnisse solcher Gutachten klammern, obwohl diese keineswegs stets die Zustimmung aller oder auch nur vieler Aerzte haben.[1])

B. Unfallsanzeigen und Feststellung des Unfalls mit tödtlichem und nichttödtlichem Ausgange. Heilverfahren.

Betreffs der Unfallsanzeige bestimmt das G.-U.-G.

§ 63. „Von jedem in einem versicherten Betriebe vorkommenden Unfalle, durch welchen eine in demselben beschäftigte Person getödtet wird oder eine Körperverletzung erleidet, welche eine völlige oder theilweise Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod zur Folge hat, ist von dem Betriebsunternehmer bei der Ortspolizeibehörde und dem durch Statut zu bestimmenden Genossenschaftsorgane schriftlich Anzeige zu erstatten.

Dieselbe muss binnen drei Tagen nach dem Tage erfolgen, an welchem der Betriebsunternehmer von dem Unfalle Kenntniss erlangt hat."

Diese Anzeige hat auf einem vom R.-V.-A. festgestellten Formular zu erfolgen, welches auch eine Rubrik enthält: „Art der Verletzung". In letztere wird die vom erstbehandelnden Arzt gestellte Bezeichnung der Verletzung in deutscher Sprache eingetragen und zwar, wenn möglich, auf Grund einer entsprechenden Angabe des Arztes selbst.

Handelt es sich um einen **Todesfall** im Betriebe, so hat nicht selten die Staatsanwaltschaft, die durch die Ortspolizeibehörde davon Kenntniss bekommt, ein Interesse daran, die gerichtliche Obduktion des Verstorbenen machen zu lassen, da die Feststellung der Todesart erforderlich ist für den Fall, dass der Unfall im Betriebe durch Schuld eines Dritten sich ereignet hat. Kommt dies nicht in Frage und steht der Zusammenhang des Todes mit einem Betriebsunfall ausser Zweifel, dann erübrigt sich eine Obduktion; bestehen aber Zweifel darüber, ob der Tod in Folge eines Unfalles im Betriebe wirklich eingetreten ist, dann hat die Berufsgenossenschaft, falls sie geneigt ist, etwaige Rentenansprüche abzulehnen, die

---

Reuss ä. L. — sind Landesversicherungsämter errichtet, die für die Berufsgenossenschaften der betreffenden Länder zuständig sind.

[1]) Ueber die Abgabe von Obergutachten in Unfallsachen seitens der bestehenden medizinischen Fachkollegien, sowie über die Bildung von ärztlichen Kollegien zur Abgabe von derartigen Obergutachten s. S. 8. u. 9.

Pflicht, durch eine auf ihre Kosten vorzunehmende Leichenöffnung die Todesursache feststellen zu lassen, zu der die Angehörigen, wenn sie nicht auf Entschädigung Verzicht leisten wollen, ihre Genehmigung geben müssen. Die Unterlassung der Obduktion, deren Ergebniss naturgemäss oft das wichtigste Aufklärungsmittel bei zweifelhaften Todesfällen ist, wird immer zu Ungunsten der Berufsgenossenschaft ausgelegt; sie fällt nicht den Rentenansprüche erhebenden Hinterbliebenen zur Last:

„Es trifft die Berufsgenossenschaft der Vorwurf eines Versehens (einer Unterlassung) bei Ermittelung der Todesursache. — Zwar ändert dieses der Berufsgenossenschaft zur Last fallende Versehen nicht die Beweislast an sich. Aber in Anbetracht der gegenwärtigen Unmöglichkeit (Verwesung der wichtigen, in Frage kommenden Organe) der Feststellung der Todesursache, verstärkt dasselbe die ohnehin vorhandene Vermuthung eines unnatürlichen Todes umsomehr, als die von den durch den Tod hart betroffenen Hinterbliebenen, welchen überdies der § 101 (jetzt § 114) des Unfallversicherungsgesetzes nicht zu Gebote standen, eine gleiche Umsicht und unbefangene Erwägung wie von der Berufsgenossenschaft nicht gefordert werden darf.“ —

Aus dieser Thatsache erwächst gelegentlich dem Arzt bei Abgabe eines Gutachtens oder Befundzeugnisses die Pflicht, die Berufsgenossenschaft darauf aufmerksam zu machen, dass zur Aufhellung des Thatbestandes die Vornahme der Leichenöffnung nothwendig erscheint. Die B.-G. sollten auch in besonderen Fällen, wo ein Unfall anerkannt ist, zur eigenen Information und im Interesse der Wissenschaft öfter die Sektion machen lassen.

Nicht selten wird der Arzt als Sachverständiger, d. h. wenn erst nach der Beerdigung eines angeblich Verletzten gelegentlich von den Hinterbliebenen Rentenansprüche gestellt werden, von der Berufsgenossenschaft bezw. dem Schiedsgericht angefragt, ob von einer Exhumirung und Obduktion noch ein Aufschluss über die in Frage kommenden Verhältnisse zu erwarten ist. Bei der Beantwortung dieser Frage muss man ganz allgemein in Erwägung ziehen, wie weit die Verwesung der betreffenden Leiche vorgeschritten ist.[1]) Daneben ist zu berücksichtigen, ob das in Frage kommende Organ unter den gegebenen Verhältnissen noch einen deutbaren Befund ergeben kann. Im Winter Verstorbene verfallen weniger rasch der Verwesung als im heissen Sommer Beerdigte. Im Krankenhause Verstorbene werden früher aus dem Bett entfernt und dann in der Regel alsbald in einem kühlen Keller gelagert; sie gehen deshalb langsamer in Verwesung über als die in der Privatwohnung Verstorbenen, welche oft Tage lang im Bett liegen bleiben. Auch die Todesart ist von ausschlaggebender Bedeutung für die Verwesungsfrage. So werden Septische rascher in Fäulniss übergehen, als Jähverschiedene. Bösartige Geschwülste mit Tochterknoten in verschiedenen Organen sind oft noch nach langer Zeit deutlich erkennbar. Es ist also, wenn es sich um die Frage handelt, ob ein kurz vor dem Tode erlittener geringfügiger Unfall bei einem an Magenkrebs mit Leber-

[1]) Siehe S. 144. u. folg.

metastasen Verstorbenen ursächlich oder verschlimmernd eingewirkt hat, auch bei einer mehrere Wochen nach dem Tode erst vorzunehmenden Sektion noch sehr wohl ein positives Ergebniss möglich. Bei den häufig zum Rentenstreitverfahren führenden Schlaganfällen — Blutung aus einer atheromatösen Hirnarterie — kann, die Thatsache der allgemeinen Atheromatose oft auch an exhumirten Leichen noch festgestellt werden und einen Anhalt für die Beurteilung abgeben. Immerhin soll man sich im Allgemeinen vor überschwänglichen Erwartungen bezüglich verspäteter Leichenöffnung hüten. —

Die Leichenöffnung Unfallverletzter im Auftrage einer Berufsgenossenschaft erfolgt gemeinhin nach den Bestimmungen, welche für gerichtliche Obduktionen bestehen nur mit dem Unterschiede, dass nicht unbedingt zwei Obduzenten erforderlich sind (Siehe S. 54).

Schickt die Berufsgenossenschaft nicht selbst einen Protokollanten, so muss man einen solchen besorgen; es steht jedoch nichts entgegen, dass, wenn ein zweiter Obduzent zugezogen ist — was man stets verlangen sollte — diesem das Protokoll — am besten genau nach der Vorschrift für die gerichtlichen Sektionen — von dem anderen obduzirenden Arzte diktirt wird. Ein ungeübter Schreiber hält jedenfalls mehr auf, als wenn der schreibende Arzt sich zwischendurch die Organe ansieht. Die Berufsgenossenschaft hat für die Gesammtkosten: Honorar für beide Aerzte, den Leichendiener, den etwaigen Protokollanten und die etwaige Saalmiethe und den Transport, aufzukommen.

Am Schlusse des Protokolls folgt ein vorläufiges Gutachten, welches die von den Berufsgenossenschaften etwa gestellten besonderen Fragen nach Möglichkeit alsbald zu berücksichtigen hat.

Bei **nichttödtlichen Verletzungen** hat während der ersten 13 Wochen, welche Zeit man als Karenz- oder Wartezeit bezeichnet, die zuständige Krankenkasse für Krankengeld und ärztliche Fürsorge aufzukommen, falls die Verletzungsfolgen so lange Arbeitsunfähigkeit bedingen. Erst nach dieser Frist ist die Berufsgenossenschaft verpflichtet, die Obsorge für den etwa zu dieser Zeit noch nicht arbeitsfähigen Verletzten zu übernehmen und nicht nur die Kosten des weiteren Heilverfahrens, sondern auch eine vorläufige Entschädigung an Stelle des Krankengeldes bis zum Abschluss des Heilverfahrens und zur endgültigen Festsetzung der Entschädigung zu gewähren[1]). Sie ist aber berechtigt, schon vor Ablauf der Wartezeit das Heilverfahren aus freien Stücken zu übernehmen, und zwar ist ihr dieses Recht durch das Krankenversicherungsgesetz eingeräumt, das im § 76c bestimmt:

[1]) Bei Bemessung der vorläufigen Entschädigung wird nach wiederholten Entscheidungen des R. V. Amtes in der Regel völlige Erwerbsunfähigkeit anzunehmen sein, wenn der volle oder wenigstens der grösste Theil des Tages dem Heilverfahren gewidmet werden muss oder das Arbeiten ärztlich verboten war; ist dem Verletzten jedoch die Ausführung gewisser Arbeiten möglich, und die ärztliche Behandlung eine ambulante, so ist die Bewilligung einer entsprechenden Theilrente statthaft.

„In Erkrankungsfällen, welche durch Unfall herbeigeführt werden, ist die Berufsgenossenschaft berechtigt, das Heilverfahren auf ihre Kosten zu übernehmen. Vom Tage der Uebernahme an bis zur Beendigung des Heilverfahrens oder bis zum Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges geht der Anspruch des Erkrankten auf Krankengeld auf die Berufsgenossenschaft über. Auf diese gehen dagegen für denselben Zeitraum alle Verpflichtungen über, welche der Krankenkasse dem Erkrankten gegenüber obliegen.

Die B.-G. zahlt also dem Kranken das Krankengeld, sofern es diesem zusteht, z. B. wenn er ambulant behandelt wird; sie zieht es zu ihrem Gunsten von der Krankenkasse ein, wenn z. B. der Verletzte ohne Weib und Kind ist und in einem Krankenhause behandelt wird, also auf Krankengeld keinen Anspruch hat. Es liegt sowohl im Interesse der Berufsgenossenschaft, als auch im Interesse des Kranken, wenn dieselbe thunlichst oft von jenem Rechte Gebrauch macht; dazu ist aber vor allem erforderlich, dass sie von dem behandelnden Arzte rechtzeitig Kenntniss erhält, ob und wann in geeigneten Fällen die Uebernahme des Heilverfahrens zweckmässig erscheint. Diese Fälle sind keineswegs selten, denn das Ziel der Berufsgenossenschaft muss auf Heilung nicht blos im anatomischen, sondern auch im funktionellen Sinne gerichtet sein; es geht also bezüglich der Behandlung und Heilung über dasjenige der Krankenkasse hinaus, welche die Kosten möglichst nur bis zum Abschluss der Wundheilung trägt, also den Arbeiter zur möglichst baldigen Wiederaufnahme der Arbeit drängt. Hier tritt die Berufsgenossenschaft, wenn es ihr zweckmässig erscheint, gern ein und übernimmt die Nachbehandlung auf ihre Kosten. Diese kann naturgemäss um so grössere Erfolge erzielen, je früher sie einsetzt; deshalb schreibt auch § 76b des Krankenversicherungsgesetzes vor:

„Die Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung, sowie die Vorstände der Krankenkassen und der im § 75 bezeichneten Hülfskassen sind verpflichtet, jeden Erkrankungsfall, welcher durch einen nach den Unfallversicherungsgesetzen zu entschädigenden Unfall herbeigeführt ist, sofern mit dem Ablauf der vierten Woche der Krankheit die Erwerbsfähigkeit des Erkrankten noch nicht wiederhergestellt ist, binnen einer Woche nach diesem Zeitpunkte dem Vorstande der Berufsgenossenschaft, bei welcher der Erkrankte gegen Unfall versichert ist, anzuzeigen. Ist die Berufsgenossenschaft in Sektionen getheilt, so ist die Anzeige an den Sektionsvorstand zu richten. Zur Erstattung der Anzeige ist, sofern der Vorstand der Gemeinde oder der Krankenkasse nicht eine andere Person damit beauftragt, der Rechnungsführer, für örtliche Verwaltungsstellen der eingeschriebenen Hülfskassen dasjenige Mitglied, welches die Rechnungsgeschäfte derselben führt, verpflichtet."

Noch werthvoller ist natürlich für die Berufsgenossenschaften eine entsprechende Mittheilung des behandelnden Arztes, zu der dieser allerdings nicht gesetzlich verpflichtet ist, die er aber im Interesse des Verletzten selbst nicht verabsäumen sollte. Gutverwaltete Berufsgenossenschaften kümmern sich übrigens schon selbst um diese Dinge; manche übernehmen sogar grundsätzlich vom ersten Tage ab das Heilverfahren — zum Theil in eigenen Heilanstalten — oder sie lassen wenigstens von ihrem Vertrauensarzt, dem alle Unfallanzeigen zugehen, eine zweckmässige Auswahl treffen. Sie

machen lieber einen grösseren Aufwand für Behandlungskosten, um später an den dauernden und darum viel mehr belastenden Renten zu sparen. Auch erwachsen ihnen dann weniger ätiologisch unklare Fälle, indem die Versicherten eher in einer Hand bleiben. Durch Wahrnehmung dieses materiellen Interesses der Berufsgenossenschaften wird ausserdem dasjenige der Verletzten keineswegs verkürzt; denn ihre möglichst günstige funktionelle Heilung ist ein Gewinn für sie selbst. Um sie jedoch gegen irgend mögliche Willkürlichkeiten seitens der B.-G. zu schützen, hat das neue Gesetz von 1900 in Bezug auf die Unterbringung der Verletzten in Heilanstalten gewisse Einschränkungen getroffen, bei denen der ärztliche Sachverständige ebenfalls mitzuwirken hat. Es wäre unbillig, wollten z. B. die B.-G. alle ihre Verletzten, auch die in wohleingerichteten Krankenhäusern untergebrachten, in ihre eigenen Heilanstalten dirigiren, so dass diese oft fernab von ihren Angehörigen behandelt würden. Deshalb bestimmt § 11, G.-U.-G.:

Verletzte Personen, welche auf Veranlassung von Knappschaftskassen, sonstigen Krankenkassen, Verbänden von Krankenkassen oder von Organen der Berufsgenossenschaften in einer Heilanstalt untergebracht sind, dürfen während des Heilverfahrens in andere Heilanstalten nur mit ihrer Zustimmung übergeführt werden. Diese Zustimmung kann durch die untere Verwaltungsbehörde des Aufenthaltsortes ergänzt werden.[1])

Die **Berechtigung zur Behandlung der Verletzten in einer Heilanstalt** ist den B. G. durch die §§ 22—24 des Gesetzes gegeben:

§ 22. „An Stelle der in den §§ 9 und 12 vorgeschriebenen Leistungen kann von der Berufsgenossenschaft freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden, und zwar:

1. für Verletzte, welche verheirathet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung. Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann, oder wenn der für den Aufenthaltsort des Verletzten amtlich bestellte Arzt bezeugt, dass Zustand oder Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;
2. für sonstige Verletzte in allen Fällen.

Hat die Berufsgenossenschaft von dieser Befugniss in den Fällen des § 12 Abs. 2 Gebrauch gemacht, so hat der Betriebsunternehmer als Ersatz für die freie Kur und Verpflegung der Berufsgenossenschaft das Einundeinhalbfache des im § 12 Abs. 2 bezeichneten Krankengeldes zu vergüten. Auf Streitigkeiten, welche aus Anlass dieser Bestimmung zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Betriebsunternehmer entstehen, findet der § 14 Anwendung.

Für die Zeit der Verpflegung des Verletzten in der Heilanstalt steht seinen Angehörigen ein Anspruch auf Rente insoweit zu, als sie dieselbe im Falle seines Todes würden beanspruchen können (§§ 16 ff.).

Die Berufsgenossenschaften sind befugt, auf Grund statutarischer Bestimmung allgemein, ohne eine solche im Falle der Bedürftigkeit, dem in einer Heilanstalt untergebrachten Verletzten sowie seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung zu gewähren.

---

[1]) Nach den Motiven (S. 55) hierzu erstreckt sich jedoch diese Einschränkung der Befugniss der Berufsgenossenschaft zum Eingreifen in das Heilverfahren nur auf die in Heilanstalten untergebrachten Verletzten, dagegen nicht auf die sogenannte ambulante Behandlung.

§ 23. Ist begründete Annahme vorhanden, dass der Empfänger einer Unfallrente bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung seiner Erwerbsfähigkeit erlangen werde, so kann die Berufsgenossenschaft zu diesem Zwecke jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen der §§ 11, 22, Abs. 1, 3, 4 Anwendung.

Hat sich der Verletzte solchen Massnahmen der Berufsgenossenschaft, den gemäss § 9 Abs. 1, Ziffer 1, §§ 11, 12 Abs. 2, § 22 oder gemäss den Bestimmungen der §§ 76c, 76d des Krankenversicherungsgesetzes getroffenen Anordnungen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen[1]) Grund entzogen, so kann ihm der Schadensersatz auf Zeit ganz oder theilweise versagt werden, sofern er auf diese Folge hingewiesen worden ist, und nachgewiesen wird, dass durch sein Verhalten die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird.

§ 24. Der Vorstand der Berufsgenossenschaft kann einem Rentenempfänger auf seinen Antrag an Stelle der Rente Aufnahme in ein Invalidenhaus oder in ähnliche von Dritten unterhaltene Anstalten auf Kosten der Berufsgenossenschaft gewähren. Der Aufgenommene ist auf ein Vierteljahr und, wenn er die Erklärung nicht einen Monat vor Ablauf dieses Zeitraums zurücknimmt, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr an den Verzicht auf die Rente gebunden".

C. Begriff „Betriebsunfall".

Die Frage, ob in einem gegebenen Unfall ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall vorliegt, ist an sich lediglich von der B.-G. und im Streitfalle vom Schiedsgericht oder dem R.-V.-A. zu entscheiden. Wo irgendwie Zweifel bestehen, da liegt es in aller Interesse, wenn der Arzt dem Verletzten bezw. seinem Betriebsleiter anempfiehlt, die Unfallsanzeige zu erstatten, damit sich die B.-G. alsbald über die Frage schlüssig machen kann. Geschieht dies nicht und wird dann von dem Verletzten erst später ein Anspruch erhoben, wie dies leider die Regel ist, dann hat die Zeitversäumniss eine Verdunkelung des Thatbestandes und viel mehr Schreibwerk zur Folge, als es anfänglich der Fall gewesen wäre. In grossen Betrieben erfolgen in der Regel die Unfallsanzeigen glatt; in kleineren fehlt es aber oft an der dazu nötigen Disziplin des Bureaupersonals.

Eine klare Begriffsbestimmung für Unfall beim Betriebe fehlt im Gesetz. Nach ständiger Rechtsprechung der R.-V.-A., der sich auch das Reichsgericht in seinen Urtheilen vom 8. Februar 1898 und 7. Oktober 1901 angeschlossen hat, ist darunter ein dem regelmässigen Gange des Betriebes fremdes, aber mit dem letzteren in Verbindung stehendes abnormes, plötzliches, d. h. zeitlich bestimmbares, in einem verhältnissig kurzen Zeitraume abge-

[1]) Z. B. unzulängliche Einrichtungen der Heilanstalt, Entbindung der Ehefrau, Vorhandensein hülfsbedürftiger Kinder zu hoch bemessene Frist oder ungeeignete Zeit (Erntezeit), Herrschen einer ansteckenden Krankheit in dem betreffenden Krankenhause u. s. w. Desgleichen kann ein Verletzter die Aufnahme in eine Heilanstalt behufs Vornahme einer Operation oder eines sonstigen Heilverfahrens ablehnen, falls es sich als ein nicht ohne Lebensgefahr durchzuführender Eingriff in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers darstellt. Einfachen Operationen, die keine allgemeine Narkose, sondern nur eine lokale Anästhesirung erfordern, hat er sich dagegen zu unterziehen (s. Entsch. des Württemb. Landesversicherungsamtes vom 7. März 1899), desgleichen einer medikomechanichen Behandlung, auch wenn diese mit Schmerzen verbunden ist; dieselben dürfen allerdings keine aussergewöhnlich grossen und eine Verschlechterung des Zustandes verursachenden sein (Rek.-Entsch. v. 24. Oktober 1898).

schlossenes Ereigniss zu verstehen, dessen Folgen für das Leben oder die Gesundheit schädlich sind.

Nothwendig ist weiterhin, dass der Unfall im Rahmen des Betriebes erfolgt. Es ist dazu aber nicht erforderlich, dass dies bei der Arbeit selbst geschieht, sondern auch Unfälle auf dem Wege zu und von derselben innerhalb der Grenzen des Fabrikgrundstückes oder in Folge der mangelhaften Beschaffenheit der Maschinen, Treppen und Wege etc., oder auf Gängen, die ein Versicherter im Auftrage seines Arbeitgebers zu Betriebszwecken unternimmt, auch auf dem Wege zu und von auswärtigen Montagen), gelten als Betriebsunfälle, z. B. Ertrinken auf der Fahrt zur Betriebsstätte in einen von der Fabrik zur Verfügung gestellten Nachen.

Gehört der Unfall dagegen zu den Gefahren des täglichen Lebens, z. B. es fliegt eine Mücke, ein Stäubchen ins Auge und ruft eine Entzündung hervor, so ist dies kein entschädigungspflichtiger Unfall; dagegen gilt es als Unfall, wenn ein Arbeiter unfreiwillig oder im Zorn bei der Arbeit einen andern verletzt:

B. verletzt z. B. A., indem er eine über die Arbeitsstelle laufende Maus todtschlagen will. Oder A. und B. arbeiten zusammen; als dem A. ein schweres Gussstück auf den Fuss fällt, schlägt er, erregt über die vermeintliche Ungeschicklichkeit den B. mit einem Hebel gegen den Kopf. Ferner: Ein Knecht, der wegen der ohne Erlaubniss erfolgten Benutzung seines Gespanns einem Stallknecht Vorhaltungen macht, wird von dem letzteren bei dem hierüber geführten Streit mit einem Messer gestochen. Die gerichtliche Bestrafung des Thäters ist in solchem Falle eine Sache für sich.

Die Frage, ob ein Betriebsunfall vorliegt, ist im allgemeinen eine juristische; der ärztliche Sachverständige kommt bei ihrer Entscheidung nur selten in Frage. Der Schwerpunkt wird in strittigen Fällen immer auf den Nachweis eines zeitlich ganz eng begrenzten nachtheiligen Ereignisses gelegt; das R.-V.-A. hat aber wiederholt entschieden, dass die Plötzlichkeit der schädigenden Einwirkung nicht in allzu engem Sinne auszulegen sei.

So ist z. B. ein Betriebsunfall angenommen: bei Rückenmarksleiden nach Erkältung durch plötzlich eintretende, starke Abkühlung des durch vorhergehende anstrengende Arbeit stark erhitzten Körpers (Rek.-E. des Bayer. L.-V.-A. vom 16. 4 und 31. 5. 1897, und des R.-V.-A. vom 30. 5. 1897), bei Gehirnkrankheit nach zwangsweisem Waschen des Kopfes mit kaltem Wasser (Rek.-E. d. R.-V.-A. vom 9. 9. 1900), bei Augenleiden und Erblindung nach Erkältung durch plötzliche Zugluft (Rek.-E. vom 9. 8. 1897), bei Hitzschlag, wenn bei überaus hoher Aussentemperatur der Verletzte durch Art und Ort der Betriebsarbeit der Gefahr eines solchen bes. ausgesetzt war (z. B. bei Mangel jeden Schutzes gegen die Sonnenstrahlen usw. (Rek.-E. vom 17. 3. 1893, 1. 5. und 16. 10. 1897). Ebenso sind Gesundheitsbeschädigungen, die unmittelbar und erkennbar als Folge einer zeitlich bestimmten plötzlichen Einwirkung von giftigen oder sonst schädlichen Stoffen auftreten, den Betriebsunfällen zuzurechnen, z. B. Vergiftungen durch Einathmen giftiger, während des Betriebes auftretender Gase, Milzbrandvergiftung bei der Bearbeitung von Haaren oder Fellen milzkranker Thiere (Rek.-E. vom 24. 2. 1896), unter gewissen Umständen auch Insektenstiche, wenn durch die Art des Betriebes eine besondere Gefahr zu solchen bedingt wird (Rek.-E. d. R.-V.-A. vom 5. 10. 1899, ferner Rek.-E. der Bayer. und Württemb. L.-V.-A. vom 9. 6. 1896 bezw. 21. 6. 1898).

Als Unfallsfolge werden dagegen nicht angesehen die sogen. Gewerbekrankheiten, z. B. die Folgen der chronischen Blei-Vergiftung (Blei-, Zink-, Erzhütten, Bleiweissfabriken, Lackirer, Töpfer), Phosphorvergiftung (Zündholzfabriken), Quecksilbervergiftung (Spiegelbeleger), der Nystagmus der Bergleute, rheumatische Krankheiten der Bergleute oder Tiefbau- (Wasser-) arbeiter, Augenerkrankungen bei den Schmelzern, Hautausschläge bei Färbern, Schwerhörigkeit bei Schlossern usw. Dasselbe gilt betr. Krankheiten und Körperschädigungen, die in Folge anderer, dauernd einwirkender Einflüsse ungesunder Betriebsstätten (z. B. durch übermässige Hitze,[1]) anhaltende Kälte oder Zugluft usw.), oder allmählich unter dem Einflusse der Betriebsarbeit bezw. durch Abnutzung der körperlichen Kräfte entstanden sind, z. B. Schwielen- oder Blasenbildung mit nachfolgender Eiterung (Rek.-E. vom 14. 10. 1892 und 7. 10. 1895), Bruchschäden (s. später), Muskellähmung (Rek.-E. vom 24. 11. 1896 und 29. 1. 1898 usw.) ententstehen. Auch eine Verschlimmerung krankhafter Anlagen oder chronischer Krankheiten durch die alltägliche Betriebsarbeit fällt nicht unter Betriebsunfall, vorausgesetzt, dass sie lediglich durch die natürliche Fortentwicklung des Krankheitszustandes und nicht durch ein besonderes, aussergewöhnliches Betriebsereigniss bedingt wird.

Es lassen sich aus der Rechtsprechung des R.-V.-A. so wenig wie aus den gesetzlichen Bestimmungen alle Möglichkeiten von berechtigter oder nicht berechtigter Geltendmachung von Rentenansprüchen ableiten. Die Entscheidungen des R.-V.-A. sind bei anscheinend ganz gleichliegenden Fällen verschieden ausgefallen, die begleitenden Nebenumstände geben bei der Durchführung eines so ausgesprochen vom Wohlfahrtszweck erfüllten Gesetzes naturgemäss mehr als in straf- oder zivilrechtlichen Dingen den Ausschlag. Einige Beispiele aus den „Amtlichen Nachrichten des R.-V.-A." mögen dies neben den vorher mitgetheilten noch erläutern:

Als Unfall anerkannt: Der Tod eines Seemanns in Folge des Genusses frischer, auf hoher See geangelter giftiger Fische (Rek.-E. vom 7. 1. 1896).

Der Unfall eines Arbeiters, der im Auftrage des Zechenbeamten bei einem auf der Zechenhalde zu Ehren Bismarcks veranstalteten Böllerschiessen thätig war (Rek.-E. vom 13. 1. 1896).

Die Verletzung eines konzessionirten Dienstmanns, der auf Anordnung eines Schutzmanns ein Gespann zur Polizeiwache fahren sollte, weil derselbe bei der unfallbringenden Thätigkeit als Arbeiter vorübergehend in den Fuhrwerksbetrieb eingetreten war (Rek.-E. vom 18. 12. 1893).

Auch Stichverletzung der Brust eines im Dienst ausgesandten Lehrlings durch einen ihn überfallenden Burschen, der ihn für einen anderen gehalten hatte, ist von B.-G. als Unfall anerkannt.

Unfall, welcher den Werkmeister in der Reparatur- und Schmiedewerkstätte eines Tiefbaubetriebes betraf, als er unter Benutzung der Betriebseinrichtungen in einer seitens des Betriebsunternehmers zugelassenen Weise eine Jagdflinte aus Gefälligkeit reparirte (Rek.-E. vom 20. 5. 1889).

Augenverletzung eines Arbeiters, welcher in der Arbeitspause, auf einer Bank zwischen zwei Schweissöfen sitzend, von einem epileptischen Unfall getroffen wurde und in die heisse Asche fiel (Rek.-E. vom 24. 7. 1888).

[1]) Gehirnerweichung eines Schmelzmeisters infolge jahrelanger Beschäftigung bei den Schmelzöfen (Rek.-E. vom 23. 9. 1887).

Unfall eines Schulknaben, bei einem auf Veranlassung der Forstverwaltung in einer staatlichen Forst zum Schutze derselben veranstalteten Maikäfersammeln (Rek.-E. vom 15. 6. 1900).

Als Unfall nicht anerkannt: Beinbruch eines Arbeiters bei einem scherzweisen Ringen mit einem Arbeiter auf dem Zuckerboden (angeblich in Folge der daselbst herrschenden Glätte), (Rek.-E. vom 27. 4. u. 22. 11. 1887).

Unfall eines Arbeiters auf dem Wege zur Wiederaufnahme der Arbeit nach beendetem Mittagessen ausserhalb der Betriebsstätte.

Unfall eines Arbeiters, welcher im Auftrage seines Arbeitgebers ein bestimmtes Werkzeug von seiner Wohnung mitzubringen hatte, auf dem Wege durch Ueberschreiten eines nicht fest zugefrorenen Teiches zur Arbeitsstelle (Rek.-E. vom 14. 1. 1888).

Unfall eines Arbeiters auf dem Heimwege von der Arbeit, aber ausserhalb des Bannes des versicherungspflichtigen Betriebes (Rek.-E. vom 23. 12. 1887).

Verletzung eines Arbeiters, welcher auf dem Wege von seiner Werkstatt nach der im Hofe gelegenen Bedürfnissanstalt von dem, einem anderen Hausbewohner gehörigen Hunde in die Hand gebissen wurde (Rek.-E. vom 10. 12. 1888).

Unfall eines Ackerers, welcher in Ausübung eines selbstständigen Gewerbes das Kastriren fremden Viehs besorgte, beim Schneiden eines fremden Fohlens (Rek.-E. vom 25. 7. 1900).

Unfall eines Instmanns beim Umzuge von einem Gut auf das andere – weil diese Thätigkeit selbst zur Fortschaffung seines Eigenthums und seiner Familie nicht als versicherte landw. Betriebsthätigkeit anzusehen ist (Rek.-E. vom 12. 3. 1898).

D. Ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsstörung.

Der Begriff einer Unfallsbeschädigung der Gesundheit im Sinne des U.-V.-G. deckt sich nicht ganz mit dem einer Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzbuches. Es liegt in dem Sinne jenes, als eines Fürsorgegesetzes, auch entferntere Ursachen und mehr nebenherlaufende, unterstützende, mitwirkende Momente als bindend für die Entschädigungspflicht anzuerkennen. Es genügt hier die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs, während im Strafrecht der untrügliche Beweis dafür verlangt wird. Der Nachweis der Wahrscheinlichkeit muss aber erbracht sein; die blosse Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges reicht nicht aus, um die B.-G. haftbar zu machen (Rek.-E. vom 3. 12. 1900).

Als **Körperverletzung** im Sinne des U.-V.-G. bezeichnet Woedtke jede Einwirkung auf den Körper eines Menschen, durch welche derselbe eine Störung des körperlichen Wohlbefindens erleidet, mag sie äussere oder innere Organe betreffen. Man kann also auch von einem psychischen Trauma reden, z. B. Schreck bei einem drohenden Eisenbahnzusammenstoss, besonders wenn das Verantwortlichkeitsgefühl, wie beim Lokomotivführer, mitspricht.

Aus den oben angeführten Beispielen geht hervor, dass es in vielen Fällen nicht auf ein ärztliches Gutachten ankommt, ob eine Gesundheitsstörung als Unfallsfolge aufzufassen ist oder nicht. Die Begriffe im „Rahmen des Betriebes" werden in der Regel von den Versicherungsorganen entschieden ohne Anhörung des ärztlichen Sachverständigen. Mit Recht!

Auch die Frage, ob eine als ursächlich für eine Gesundheitsstörung beschuldigte zeitlich begrenzte Arbeitsleistung als über das Mass der regelmässigen Arbeit hinaus-

gehend anzusehen ist, ist streng genommen nicht vom Arzt, sondern von dem technischen Sachverständigen zu entscheiden. Da aber die individuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten, die Widerstandsfähigkeit seiner Gesundheit im Allgemeinen, die Beschaffenheit und Tüchtigkeit des angeblich beschädigten Organs im Besonderen in Betracht kommen, so wird man die ärztlichen Gesichtspunkte sehr wohl mit berücksichtigen müssen. Das Heben eines zentnerschweren Ballens wird vom technischen Sachverständigen als Ueberanstrengung im Betriebe und demgemäss als Unfall nicht angesehen werden, wenn es vom Sackträger oder Rollkutscher ausgeübt wird; es wird dagegen als solche anzusprechen sein, wenn es für den Verletzten eine völlig ungewohnte Arbeit ist und mit seinen Körperkräften in auffallendem Missverhältniss steht. Des Arztes Sache bleibt es aber, festzustellen, ob die technisch anerkannte Ueberanstrengung nachweisbar die Funktionen eines Organs krankmachend beeinflusst hat; in der Praxis überlässt man ihm sogar meist ganz allein darüber zu urtheilen. Und diese Gutachten müssen mit grosser Sorgfalt abgefasst werden, wenn sie die Interessenten befriedigen sollen. Eine überaus sorgfältige Erhebung der Nebenumstände des angeblichen Unfalls ist auch für den Arzt dringend geboten; z. B. wie schwer der Gegenstand war, der bewältigt werden sollte, wie viel Personen daran theil hatten, in welcher Körperhaltung sich der Geschädigte befand, wodurch die plötzliche Einwirkung hervorgerufen wurde (z. B. indem einer der Mitarbeiter plötzlich losliess oder abglitt oder der Verletzte selbst abrutschte), in welcher Zeit danach sich die ersten Krankheitszeichen äusserten und worin. Die in den Akten von einem Schutzmann oder Gemeindeschreiber abgefasste, wenn auch von Verletzten unterzeichnete Darstellung des Unfalls weicht oft ganz wesentlich von der in der ärztlichen Sprechstunde gegebenen ab. Hier hat also der Arzt abzuwägen, welche mehr Wahrscheinlichkeit für sich hat, sowie ob in die letzte Schilderung etwas vom Wunsch nach Rente Beeinflusstes hineingetragen ist.

Bei der regelmässigen Arbeit entstehen oft Schwielen und Blasen, die durch nachfolgende Entzündung und Eiterung recht häufig zu dauernden Schäden der Hände oder Füsse führen. Für diese Eiterung muss ebenso wie für die bei Wäscherinnen, Dienstmädchen, Hausarbeitern so häufig zu beobachtenden Fingerentzündungen (Panaritien), eine Infektion durch eine Verletzung von aussen wahrscheinlich gemacht werden. Nur dann ist der Fall entschädigungspflichtig. Bezüglich der Blutvergiftung und der lokalisirten Eiterungen, Zellgewebsentzündungen ist also festzustellen 1) ob durch eine äussere Verletzung, durch eine sichtliche Zusammenhangstrennung in der Körperoberfläche die Infektion stattgehabt hat und 2) ob dieselbe wirklich bei der Betriebsarbeit und in Folge derselben eingetreten ist.

Rek.-Entsch., 12. 2. 98.: „Die Vorinstanzen führen in zutreffender Weise aus, dass die Verletzung, die sich der Kläger beim Abschneiden eines Stückes Brot während der Vesperpause am linken Daumen zugefügt hat, nicht als Be-

triebsunfall angesehen werden kann; denn wenn auch die Verletzung im örtlichen und zeitlichen Zusammenhange erfolgt ist, so ist doch in keiner Weise ersichtlich, dass der Betrieb ursächlich für diesen Unfall, der sich ebensowohl an jedem dritten Orte ereignen konnte, verantwortlich zu machen sei.

In zweiter Linie hat der Kläger geltend gemacht, dass die Verunreinigung der Wundstelle durch Infektionsstoffe einen Betriebsunfall darstelle. In dieser Beziehung ist ihm allerdings zuzugeben, dass die Einführung schädlicher Substanzen in eine offene Wunde, die sich regelmässig in einem eng begrenzten Zeitraum vollzieht, und die eine akute Einwirkung auf den menschlichen Organismus äussert, als Unfall anzusehen ist, dagegen ist die weitere Frage, ob die Infektion bei und infolge der Betriebsarbeit eingetreten ist, hier in hohem Grade zweifelhaft.

Es ist dem Rekursgericht aus zahlreichen Gutachten hervorragender Autoritäten bekannt, dass schadenerregende Bakterien, die Blutvergiftung verursachen, oder schwere Zellgewebsentzündungen hervorrufen, allen möglichen Stoffen, insbesondere auch häufig der menschlichen Kleidung anhaften können, und dass sie bei den gewöhnlichsten Verrichtungen des täglichen Lebens durch offene Stellen Eintritt in den Körper finden. Bei dieser Sachlage müssen besonders strenge Anforderungen hinsichtlich des Beweises gestellt werden, dass die Infektionskeime bei und infolge der Beschäftigung in dem versicherten Betriebe in die Wunde eingeführt worden sind, um daraufhin die Entschädigungspflicht einer Berufsgenossenschaft aussprechen zu können. Diesen Anforderungen ist in dem vorliegenden Falle nicht genügt; denn wenn auch der Privatdozent Dr. Sch. die Betriebsarbeit des Klägers für die spätere schwere Zellgewebsentzündung verantwortlich machen will, so sind doch seine Ausführungen nicht hinreichend schlüssig. Abgesehen davon, dass er die Stoffe, mit deren Be- und Verarbeitung der Kläger zur Zeit des Unfalls und nach demselben beschäftigt war, auf das Vorhandensein schädlicher Mikroorganismen nicht untersucht hat, ist der Sachverständige auch ausser Stande die Thätigkeit näher zu bezeichnen, welche das Eindringen der Infektionskeime besonders begünstigt haben sollte. Nach der von ihm angegebenen Dauer des Inkubationsstadiums bei Phlegmone liegt zudem die Möglichkeit nahe, dass die Infektion der Wunde erst nach Schluss der Betriebsarbeit am 25. 8. 96, als der Kläger sich in seiner Häuslichkeit oder sonst an einem Orte befand, erfolgt ist. Endlich lassen die Gutachten nicht mit ausreichender Sicherheit erkennen, ob die Erkrankung auf chemischem Wege durch die Bearbeitung gifthaltiger gefärbter Stoffe eingetreten ist, oder ob sie auf die Einführung schädlicher Mikroorganismen zurückgeführt werden muss. Unter diesen Umständen hat das Rekurs-Gericht nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass die Erwerbsunfähigkeit des Klägers mit der Betriebsbeschäftigung in Verbindung steht." —

Rek.-Entsch. v. 9. 11. 1895 betr. den Tod eines 60jährigen Mannes, der am 18. 10. 1894 vom Dreschen nach Haus zurückgekehrt, über heftige Schmerzen im Endgliede des rechten Daumens klagte. Es kam zu Knochenhaut- und Sehnenvereiterung und am 5. 1. 1895 zum Tode durch eitrige (metastatische) Rippenfellentzündung. Die gegen die Ablehnung der Ansprüche eingelegte Revision wurde von dem R.-V.-A. als unbegründet zurückgewiesen, indem man zwar die Möglichkeit zugab, dass eine am Morgen zugezogene Verletzung schon am Abend Entzündung und Schmerz hervorrufen kann. Doch wurde die Annahme als viel näher liegend bezeichnet, dass die fragliche Infektion des Daumens bei irgend einer anderen Verrichtung des täglichen Lebens stattgefunden habe und durch die Arbeit des Dreschens die Verbreitung und Intensität des entzündlichen Prozesses nur gesteigert sei. „Nach dem Obergutachten des Prof. Dr. K. steht fest, dass der Ehemann der Klägerin an einer Entzündung des rechten Daumens erkrankt ist, welche die Folge einer Hautverletzung mit darauf folgender Infektion war, und dass er mit grosser Wahrscheinlichkeit an den Folgen dieser Erkrankung gestorben ist. Dagegen fehlt es an jedem Nachweis, auf welche Ursache diese Erkrankung des Daumens zurückzuführen ist; insbesondere steht in keiner Weise fest, dass sich der Verstorbene im Betriebe eine Verletzung zugezogen hätte oder dass hierbei bei einer etwa vorhandenen Verletzung ein Fremdkörper in das verletzte Glied eingedrungen wäre. Es fehlt also an einem zeitlich bestimmten, nachweisbaren Ereigniss, welches als Ursache für den später eingetretenen Tod angesehen werden könnte, also an dem Nachweise eines Betriebsunfalls."

Die Rek.-E. des R.-V.-A. vom 21. 5. 95 entscheidet, dass eine Zellgewebsentzündung, welche sich nach einer im Betriebe erlittenen Brandblase entwickelte, als eine Folge des Unfalls anzusehen ist: „Nach den Entscheidungsgründen war es genügend wahrscheinlich gemacht, dass die Entzündung, welche zum Verlust des Daumens führte, in einer durch das Verbrennen mit heissem Kalk veranlassten Brandblase am Daumen ihre Ursache hatte und wurde diese Wahrscheinlichkeit durch den Umstand noch erhöht, dass der Kläger noch weitere Brandblasen an beiden Händen hatte. Die Blase hat sich der Kläger aber bei seiner Betriebsthätigkeit und durch diese zugezogen, da er genöthigt war, den noch glühendheissen Kalk in gehäuften Mulden mit den Händen aus dem Ofen zu tragen; auch können die Blasen nicht das Ergebniss der allmälig wirkenden Beschäftigung des Klägers mit heissen Gegenständen sein, vielmehr setzt jede einzelne von ihnen einen besonderen Verbrennungsprozess in Folge der plötzlichen Berührung der Haut mit einem heissen Gegenstande, dem Kalk, voraus, also einen Vorgang, der sich in jeder Beziehung als Betriebsunfall darstellt. Durch die häufige Wiederholung des Vorganges wird er dieses Charakters ebensowenig entkleidet, wie dadurch, dass er in den meisten Fällen ohne nachtheilige Folgen für die Erwerbsfähigkeit verläuft."

Bei Hitzschlag hat das R.-V.-A. den ursächlichen Zusammenhang mit der Betriebsthätigkeit anerkannt, sofern nachgewiesen wurde, dass der Erkrankung bezw. dem Tode aussergewöhnliche Muskelanstrengung bei besonders hoher Aussentemperatur vorangegangen war; es hat ihn aber abgelehnt „wo der Tod lediglich in Folge der hohen Lufttemperatur, also einer Naturerscheinung, in Verbindung mit einer Disposition des Verstorbenen für die in Rede stehende Krankheit eintrat", es sich also lediglich um eine Gefahr des gemeinen Lebens handelte.

Dasselbe gilt in der Regel vom Blitzschlag. Ein solcher ist nur dann als Betriebsunfall anzusehen, wenn für die Betriebsstätte oder -arbeit sich eine besondere „Blitzgefährdung" erweisen lässt (Rek.-E. v. 2. 11. 1897), z. B. vereinzelte Gebäude in flachen Gegenden, in der Nähe von Flüssen, Seeen, Bauart der Gebäude bezüglich der Höhen, Metallkonstruktionen.

Der Tod durch Selbstmord kann nur dann als mittelbare Unfallsfolge angesehen werden, wenn dem Selbstmörder in Folge eines Betriebsunfalles die Zurechnungsfähigkeit abging. „Mangelt es an dieser, so ist die Annahme der vorsätzlichen Unfalls ausgeschlossen, wenn auch, äusserlich betrachtet, eine That vorliegt, welche im gewöhnlichen Leben als Selbstmord bezeichnet wird, im Sinne des Gesetzes ein solcher aber nicht zu sein braucht" (Rek.-E. v. 14. 7.1889). Es ist also bei akuten Geistesstörungen sowohl (Delirium tremens nach Knochenbruch), als bei primär- oder sekundär-traumatischen Geistesstörungen der Nachweis der vollen Unzurechnungsfähigkeit im Augenblick des Handelns zu führen. Dieser ist nicht erbracht bei Patienten, welche z. B. aus Nahrungssorgen sich das Leben nehmen, nachdem ihre Erwerbsfähigkeit durch einen Unfall eine Einbusse erlitten hat, oder weil sie um ihre Stellung deshalb gekommen sind.

In Fällen, in denen ein Selbstmord vermuthet wird, hat der Rentennachsucher den Beweis zu führen, dass nach Lage der Sache ein unbeabsichtigter Unfall überhaupt möglich erscheint (Rek.-E. v. 6. 5. 1895, 25. 11. 1895, 10. 2. 1896).

Aber nicht bloss der Tod durch Selbstmord kann mittelbar die Folge eines Unfalls sein; auch der Tod durch innere infektiöse Krankheiten, z. B. Cholera, Kopfrose, Diphtherie, Influenza ist rechtskräftig als entfernte Unfallsfolge angesehen worden, wie Tod durch Cholera während eines durch Unfallverletzung bedingten Aufenthalts in einem Krankenhause. (Rek.-E. v. 11. 9. 1896). Anderseits hat das B. V. A. (Rek.-E. vom 26. 11. 1896) bei Tod durch Diphtherie nach Aufnahme in eine Unfallstation den ursächlichen Zusammenhang mit der die Aufnahme veranlassenden Unfallverletzung verneint, weil hier die Uebertragung in der Station nicht erwiesen werden konnte.

Schwierigere Aufgaben erwachsen dem ärztlichen Sachverständigen, besonders wenn es gilt, abzuwägen, wie weit ein Betriebsunfall mitwirkte, jemanden gänzlich oder theilweise erwerbsunfähig zu machen; denn ein Unfall ist nicht nur entschädigungspflichtig, wenn er die alleinige Ursache der Erwerbsbehinderung oder des Todes ist, es genügt, dass die dabei erlittene Körperverletzung eine von meh-

rerenzusammenwirkenden Ursachen ist. Es ist deshalb auch vom Gutachter in jedem Falle mit ins Auge zu fassen, ob ein zur Zeit des Unfalls schon bestehender Krankheitszustand durch diesen eine Verschlimmerung erfahren hat oder ob eine an sich geringfügige Unfallverletzung durch später hinzutretende Schädlichkeiten schlimmer geworden ist; denn in beiden Fällen hat die B.-G. für die erwerbsmindernden Folgen des krankhaften Zustandes einzutreten, gerade so gut, wie wenn der Unfall unmittelbar diese Folgen gehabt hätte. Die Beantwortung dieser Fragen bedingt eine Reihe recht schwieriger Aufgaben für den ärztlichen Gutachter. Es lassen sich allgemeine Lehrsätze, wie in jedem Falle zu entscheiden ist, nicht geben. Der objektive und medizinisch-wissenschaftliche Gutachter muss sich in erster Linie sein eignes Urteil zurecht machen, ob im gegebenen Fall eine wesentliche Verschlimmerung durch einen Betriebsunfall eingetreten ist; dann erst mag er in der Literatur niedergelegte Erfahrungen zu Rathe ziehen, Reichsversicherungsamts-Entscheidungen, Obergutachten und dergl. Es ist ein vielfach begangener Fehler weniger geübter Gutachter, dass sie sich sagen: Es ist entschieden, dass Neubildungen durch Gewalteinwirkungen, dass Geistesstörungen durch Kopfverletzungen, dass Leukämie durch Bauchquetschung, Tabes durch ein Trauma hervorgerufen werden kann: ergo, da ich im vorliegenden Falle eine Geschwulst etc. und ein Trauma als gegebene Thatsachen habe, ist der ursächliche Zusammenhang wissenschaftlich erwiesen. So einfach darf man sich die Sache nicht machen. Es liegen kaum in zwei Fällen dieser Art die Verhältnisse absolut gleich. Die Vorgeschichte des Falles, die früheren Krankheiten, die erblichen Verhältnisse des Versicherten, die Frist zwischen Unfall und angeblicher Unfallsfolge, die besonderen Umstände des Unfalls müssen in jedem Falle individuell beurtheilt und in Bezug auf die Konsequenzen sorgfältig abgewogen werden. Das ist Gedankenarbeit! Wer sie nicht leisten kann oder will, der soll es einem Andern überlassen, aber nicht kritiklos die Erfahrung Anderer seinem eigenen Gutachten zu Grunde legen.

Es bestehen noch zahlreiche Lücken in unserer Kenntniss von der Entstehung vieler Krankheiten. Auch die bedeutendsten Lehrer der Medizin, die Kapazitäten der Spezialwissenschaften sind oft ausser Stande, eine einwandsfreie Erklärung über den ursächlichen Zusammenhang einer Krankheit mit einer Verletzung abzugeben; gleichwohl darf ihr Gutachten, weil es sich auf die grösstmögliche Eigenerfahrung und auf die beste Kenntniss der Literatur stützt, als der relativ beste Ausdruck des gegenwärtigen Standes der betreffenden Wissenschaft der Entscheidung der höchsten Instanz zu Grunde gelegt werden. Wo diese Behörde eines sachverständigen, medizinischen Urtheils nicht entrathen kann, weil es sich um eine rein medizinische Frage handelt, da muss sich der Ober-Gutachter eben entscheiden, ob der ursächliche Zusammenhang wahrscheinlich ist oder nicht. Aber er sollte es auch

immer mit jener wissenschaftlichen Reserve thun, die erkennen lässt, dass die gegebenen Anhaltspunkte zwar versicherungsrechtlich den ursächlichen Zusammenhang wahrscheinlich (bezw. nicht wahrscheinlich) machen, dass sie aber für einen wissenschaftlichen Beweis desselben noch ungenügend sind. Nur mit diesem Vorbehalt darf man in einschlägigen Fällen sowohl die Rekursentscheidungen des R.-V.-A., als die dazu gehörigen ärztlichen Obergutachten einer eigenen Entschliessung zu Grunde legen; vor allem aber darf man niemals ausser Acht lassen, dass der ursächliche Zusammenhang einer Krankheit mit einem Betriebsunfall vom Gutachter in dem konkreten Falle, mindestens **wahrscheinlich** gemacht werden muss. Die blosse Möglichkeit, — dass die in Rede stehende Krankheit gelegentlich einmal oder in dem zutreffenden Falle durch den Unfall hervorgerufen sein kann, genügt keineswegs (s. vorh. S. 422)

E. Rentenfestsetzung durch die Berufsgenossenschaften und ärztliche Abschätzung der Erwerbsfähigkeit im Allgemeinen.

Die einschlägigen Bestimmungen über die **Höhe der Renten** des U. V. G. lauten:

§ 9. „Die Rente beträgt:

a) im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben sechsundsechzigzweidrittel Prozent des Jahresarbeitsverdienstes (Vollrente);

b) im Falle theilweiser Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben denjenigen Theil der Vollrente, welcher dem Maasse der durch den Unfall herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit entspricht (Theilrente),

Ist der Verletzte in Folge des Unfalls nicht nur erwerbsunfähig, sondern auch derart hilflos geworden, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, so ist für die Dauer dieser Hülflosigkeit die Rente bis zu hundert Prozent des Jahresarbeitsverdienstes zu erhöhen.

War der Verletzte zur Zeit des Unfalls bereits dauernd völlig erwerbsunfähig, so beschränkt sich der zu leistende Schadenersatz auf die im Abs. 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen. Wird ein solcher Verletzter in Folge des Unfalles derart hülflos, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, so ist eine Rente bis zur Hälfte der Vollrente zu gewähren.

Solange der Verletzte aus Anlass des Unfalls thatsächlich und unverschuldet arbeitslos ist, kann der Genossenschaftsvorstand die Theilrente bis zum Betrage der Vollrente vorübergehend erhöhen.

§ 10. I. Die Rente ist nach Massgabe desjenigen Jahresarbeitsverdienstes zu berechnen, den der Verletzte während des letzten Jahres seiner Beschäftigung in dem Betrieb an Gehalt oder Lohn (§ 6) bezogen hat, wobei der fünfzehnhundert Mark übersteigende Betrag nur mit einem Drittel zur Anrechnung kommt.

II. Als Jahresarbeitsverdienst gilt, soweit sich derselbe nicht aus mindestens wochenweise fixirten Beträgen zusammensetzt, das Dreihundertfache des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes. Für versicherte Personen in Betrieben, in welchen die übliche Betriebsweise eine höhere oder niedrigere Zahl von Arbeitstagen ergiebt, wird diese Zahl statt der Zahl dreihundert der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde gelegt.

III. War der Verletzte in dem Betriebe vor dem Unfalle nicht ein voller Jahr, von dem Unfalle zurückgerechnet, beschäftigt, so ist die Rente nach demjenigen Jahresarbeitsverdienste zu berechnen, welchen während dieses Zeitraums versicherte Personen derselben Art in demselben Betrieb oder in benachbarten gleichartigen Betrieben bezogen haben. Ist dies nicht möglich, so ist der dreihundertfache Betrag desjenigen Arbeitslohnes zu Grunde zu legen, welchen des

Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfall an denjenigen Tagen, an welchen er beschäftigt war, im Durchschnitte bezogen hat.

IV. Bei versicherten Personen, welche keinen Lohn oder weniger als den dreihundertfachen Betrag des für ihren Beschäftigungsort festgestellten ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher erwachsener Tagearbeiter beziehen (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes), gilt als Jahresarbeitsverdienst das dreihundertfache dieses ortsüblichen Tagelohns.

In den Fällen des Abs. 4 ist bei Berechnung der Rente für Personen, welche vor dem Unfalle bereits theilweise erwerbsunfähig waren, derjenige Theil des ortsüblichen Tagelohnes zu Grunde zu legen, welcher dem Masse der bisherigen Erwerbsfähigkeit entspricht.

Das neue Unfallversicherungsgesetz unterscheidet also abweichend von dem alten

1. eine **Vollrente,** nämlich $66^2/_3\%$ des Jahresarbeitsverdienstes; beläuft sich dieses auf 1200 Mk., so beträgt die Vollrente, 100%: = 800 Mk.;

2. eine **Theilrente,** d. h. denjenigen Theil der Vollrente, welche der Einbusse an Erwerbsfähigkeit entspricht, also bei dem Beispiel ad 1, 50% = 400 Mk.

3. eine **erhöhte Rente** und zwar erhöht bis zu 100% des Jahresarbeitsverdienstes, (also bei 1200 Mk.: 1200 Mk.), wenn der Verletzte derart hilflos geworden ist, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann.

Es ist dringend wünschenswerth, dass der Arzt dem Arbeiter diese Dinge erläutert und erläutern kann, im beiderseitigen Interesse. Die Verletzten missverstehen oft das Wort Vollrente in seiner gesetzlichen Beschränkung; sie halten sie für ebenso hoch, wie das ganze Jahresarbeitsverdienst, oder sie berücksichtigen nicht, dass sie zur Zeit des Unfalls einen geringeren Jahreslohn hatten. Nur durch Aufklärung kann man verhüten, dass die Arbeiter dem für sie segensreichsten Gesetz unberechtigt grollen. Der Arzt selbst bewahrt sich aber vor unliebsamer und ungerechter Verurtheilung. Es ist zu diesem Zwecke für ihn auch nothwendig, zu wissen, wie die Versicherungsorgane das Jahresarbeitsverdienst berechnen und welche prinzipiellen Gesichtspunkte dabei zur Geltung kommen; denn sein Rath wird auch in diesen Dingen von den Verletzten nicht selten in Anspruch genommen, ausserdem wird ihm das Aktenlesen erleichtert, wenn er auch hier Bescheid weiss. In der vom R.-V.-A. für die Feststellung der Entscheidungen gegebenen Anleitung vom 11. Januar 1888 wird unterschieden:

1) Jahresarbeitsverdienst, berechnet nach dem Individuallohn. Bei allen Arbeitern mit gelernten technischen Fertigkeiten, den sogenannten qualifizirten, besser handwerksmässigen, Arbeitern kommt ihr jeweiliger Jahres- bezw. Tageslohn in Anrechnung. Im Individuallohn gelangt die dem Zustande vor dem Unfall entsprechende Erwerbsfähigkeit am zutreffendsten zum Ausdruck. Von den durch das Gewerbe-Unfallversicherungs-Gesetz Versicherten werden nur die unter § 10, 4,5 bezeichneten Verletzten nach dem folgenden Grundsatz (2) behandelt.[1])

---

[1]) Das G. U. G. bestimmt in dieser Hinsicht:

§ 6. „Als Gehalt oder Lohn im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Tantiemen, Naturalbezüge und sonstige Bezüge, welche den Versicherten, wenn auch nur gewohnheitsmässig, gewährt werden und ganz oder theilweise an Stelle des Gehaltes oder Lohnes treten. Der Werth der Naturalbezüge ist nach Ortsdurchschnittspreisen in Ansatz zu bringen. Dieselben werden von der unteren Verwaltungsbehörde festgesetzt".

2) Jahresarbeitsverdienst berechnet als das 300 fache des ortsüblichen Tagelohns.

3) Durchschnittliches Jahresarbeitsverdienst für gewöhnliche land- und forstwirthschaftliche Arbeiter.[1])

Für die **Feststellung der Rente** sind weiterhin folgende Bestimmungen des Gesetzes (G. U. V.) massgebend:

§ 69. Die Beschlussfassung über die Feststellung der Entschädigungen (§§ 8 bis 24) erfolgt

1. sofern die Genossenschaft in Sektionen eingetheilt ist, durch den Vorstand der Sektion, wenn es sich handelt

a) um die im § 9 Abs. 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen,

b) um die für die Dauer einer voraussichtlich vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit zu gewährende Rente,

c) um das Sterbegeld,

d) um die Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt,

e) um die den Angehörigen eines Verletzten für die Zeit seiner Behandlung in einer Heilanstalt zu gewährende Rente;

2. in allen übrigen Fällen durch den Vorstand der Genossenschaft.

Das Genossenschaftsstatut kann bestimmen, dass die Feststellung der Entschädigungen in den Fällen des Abs. 1 Ziffer 1 durch einen Ausschuss des Sektionsvorstandes oder durch besondere Kommissionen oder durch örtliche Beauftragte (Vertrauensmänner), in den Fällen des Abs. 1 Ziffer 2 durch den Sektionsvorstand oder durch einen Ausschuss des Genossenschafts- oder Sektionsvorstandes oder durch besondere Kommissionen zu bewirken ist.

Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens[2]) die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Theilrente festgestellt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhältnisse, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören.

§ 70. Soll die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt werden, so ist diese Absicht dem Verletzten oder im Falle seines Todes seinen Hinterbliebenen, soweit sie nach §§ 16 bis 19, 21 entschädigungsberechtigt sein würden, mitzutheilen. Soll eine Entschädigung bewilligt werden, so ist den genannten Personen die Höhe der in Aussicht genommenen Entschädigung mit den rechnungsmässigen Grundlagen mitzutheilen.

---

[1]) Das L. U. G. schreibt vor: § 10. Bei Berechnung der Rente für Arbeiter, welche nicht unter § 9 fallen, gilt als Jahresarbeitsverdienst derjenige Jahresarbeitsverdienst, welchen land- und forstwirthschaftliche Arbeiter am Orte der Beschäftigung (d. i. der Sitz des Betriebes) durch land- oder forstwirthschaftliche, sowie durch anderweite Erwerbsthätigkeit durchschnittlich erzielen. Der Betrag dieses durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes wird durch die höhere Verwaltungsbehörde nach Anhörung der unteren Verwaltungsbehörde je besonders für männliche und weibliche, für jugendliche und erwachsene Arbeiter festgesetzt. Vor Abgabe ihres Gutachtens hat die untere Verwaltungsbehörde eine entsprechende Anzahl Sachverständiger aus dem Kreise der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu hören. Die Festsetzung kann je besonders für die landwirthschaftlichen und die forstwirthschaftlichen Arbeiter erfolgen.

§ 11. Bei Berechnung der Rente für versicherte Betriebsunternehmer, . . . ist der nach § 10 für den Sitz des Betriebes festgestellte durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst land- und forstwirthschaftlicher Arbeiter zu Grunde zulegen, sofern nicht durch das Statut (§ 38) hiervon abweichende Bestimmungen getroffen werden.

[2]) Der behandelnde Arzt braucht nicht gehört zu werden, sofern die Bewilligung einer Entschädigung auf Grund anderer Unterlagen abgelehnt wird, z. B. „weil die gesammte thatsächliche Lage des Falles eine Entstehung des Bauchleidens unter wesentlicher Mitwirkung der dafür verantwortlich gemachten Arbeit als ausgeschlossen erscheinen lässt“ (Rekurs-Entsch. v. 16. 4. 01.). Die B. G. ist auch keineswegs aus diesem Paragraphen verpflichtet, den behandelnden Arzt zu hören, wenn z B. der Anspruch auf Rente abgelehnt werden soll, weil das Vorliegen eines Betriebsunfalles verneint wird, oder weil der Verletzte nicht versichert, oder weil der Anspruch verjährt ist, oder wenn die Gewährung einer Theilrente, die bei einfachen Fingerverletzungen, dem Verlust eines Auges u. s. w. schon auf Grund der eigenen Wahrnehmung des Feststellungsorgans oder sonstiger liquider Beweise erfolgen soll. Siehe auch S. 408.

Der Verletzte sowie seine Hinterbliebenen (§§ 16 bis 19) sind befugt, auf diese Mittheilung innerhalb zweier Wochen sich zu äussern. Auf ihren innerhalb der gleichen Frist gestellten Antrag hat die untere Verwaltungsbehörde diese Aeusserung zu Protokoll zu nehmen. Wird ein solcher Antrag gestellt, so hat hiervon die untere Verwaltungsbehörde unverzüglich dem zuständigen Genossenschaftsorgane Kenntniss zu geben; dieses hat bis zum Eingange des Protokolls den Bescheid auszusetzen.

Bei den im Abs. 1 bezeichneten Mittheilungen hat das zuständige Genossenschaftsorgan auf die aus Abs. 1 und aus § 69 Abs. 3 sich ergebenden Befugnisse sowie auf die im Abs. 2 vorgenommene Frist hinzuweisen.

§ 71. Die Feststellung der Entschädigung hat in beschleunigtem Verfahren von Amtswegen zu erfolgen.

Für diejenigen verletzten Personen, für welche noch nach Ablauf von dreizehn Wochen nach dem Unfall eine weitere ärztliche Behandlung behufs Heilung der erlittenen Verletzungen nothwendig ist, hat sich die Feststellung zunächst mindestens auf die bis zur Beendigung des Heilverfahrens zu leistenden Entschädigungen zu erstrecken. Die weitere Entschädigung ist, sofern deren Feststellung früher nicht möglich ist, nach Beendigung des Heilverfahrens unverzüglich zu bewirken.

Kann die endgültige Feststellung nicht sofort erfolgen, so ist eine Entschädigung vorläufig zuzubilligen.

§ 72. Entschädigungsberechtigte, für welche die Entschädigung nicht von Amtswegen festgestellt ist, haben ihren Entschädigungsanspruch bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritte des Unfalls bei derjenigen Berufsgenossenschaft anzumelden, welcher die Entschädigungspflicht obliegt. Nach Ablauf der Frist ist der Anmeldung nur dann Folge zu geben, wenn zugleich glaubhaft bescheinigt wird, dass eine einen Entschädigungsanspruch begründende Folge des Unfalls erst später bemerkbar geworden oder dass der Entschädigungsberechtigte von der Verfolgung seines Anspruchs durch ausserhalb seines Willens liegende Verhältnisse abgehalten worden ist, und wenn die Anmeldung innerhalb dreier Monate, nachdem eine Unfallfolge bemerkbar geworden oder das Hinderniss für die Anmeldung weggefallen, erfolgt ist.

Anmeldungen, welche bei einer nicht zuständigen Berufsgenossenschaft erfolgen, müssen von dieser weitergegeben werden; dadurch bedingte Fristversäumniss wird dem Arbeiter nicht zur Last gelegt.

§. 75. Ueber die Feststellung der Entschädigung hat diejenige Stelle, welche sie vorgenommen hat, dem Entschädigungsberechtigten einen schriftlichen Bescheid zu ertheilen, aus welchem die Höhe der Entschädigung und die Art ihrer Berechnung zu ersehen ist. Bei Entschädigungen für erwerbsunfähig gewordene Verletzte ist namentlich anzugeben, in welchem Masse die Erwerbsunfähigkeit angenommen worden ist.

Bei Mittheilung der „rechnungsmässigen Grundlagen“ werden dem Entschädigungsberechtigten in den geeigneten Fällen regelmässig die in Betracht kommenden ärztlichen Gutachten ihrem wesentlichen Inhalte nach wenigstens insoweit zur Kenntniss gebracht, als sie für die Entschliessung des Feststellungsorgans mitbestimmend gewesen sind[1]).

[1]) Die Reichstagskommission (1897) hatte darüber hinaus beschlossen, dass dem Verletzten auf seinen Antrag der gesammte Wortlaut der Gutachten mitzutheilen sei. Es ist jedoch nicht zu verkennen, dass in vielen Fällen eine uneingeschränkte wörtliche Mittheilung des ganzen Gutachtens für den Verletzten selbst schädlich sein kann, z. B. wenn eine ungünstige Prognose über den Verlauf seiner Verletzung oder ein ungünstiges Urtheil über sein Gesammtbefinden und dessen Ursachen darin enthalten ist. Es liegt ferner die Besorgniss nahe, dass die Aerzte Bedenken tragen werden, ihre Beurtheilung des Falles der Berufsgenossenschaft gegenüber rückhaltlos darzulegen, wenn sie mit der Aussicht rechnen müssen, dass jedes Gutachten alsbald zur Kenntniss des Verletzten gebracht wird. Das wäre für eine sachgemässe Entscheidung über die Entschädigungsansprüche offenbar in hohem Grade nachtheilig. Es ist deshalb davon abgesehen worden, die Ertheilung vollständiger Abschriften oder Gutachten an die Verletzten vorzuschreiben“ (Motive S. 86). Demgemäss ist auch für das Schiedsgerichtsverfahren im § 9 Abs. 4

Sehr beachtenswerth ist in dieser Hinsicht nachfolgendes Antwortschreiben des R. V. A. vom 23. September 1893 an die Aerztekammer in Berlin, die in Folge eines Spezialfalles wegen der Zustellung ärztlicher Gutachten an die Verletzten vorstellig geworden war:

„Nach § 57, Absatz 3 des Unfallversicherungsgesetzes ist dem Entschädigungsberechtigten vor Feststellung der Entschädigung durch Mittheilung der Unterlagen, auf Grund deren die Entschädigung zu bemessen ist, Gelegenheit zu geben, sich binnen einer Frist von einer Woche zu äussern . . . . . Zu diesen Unterlagen gehören naturgemäss auch die ärztlichen Gutachten, insofern dieselben für die Entschliessung der Feststellungsorgane mitbestimmend sind. Ist in dieser Weise von dem Gesetzgeber bereits in dem Feststellungsverfahren vorgesehen, dass dem Entschädigungsberechtigten Gelegenheit geboten wird, sich sachgemäss auf jede erhebliche Thatsache zu äussern, so muss derselbe Grundsatz erst recht in dem Streitverfahren vor dem Reichs-Versicherungsamt zur Geltung kommen. Auch hier müssen diejenigen Thatsachen, welche bei der Entscheidung berücksichtigt werden sollen, den Parteien vorher mitgetheilt werden. Diese Mittheilung ist um so nothwendiger, als im Falle des Nichterscheinens der Partei in der mündlichen Verhandlung gemäss § 19 Abs. 2 der Kaiserlichen Verordnung vom 2. November 1885 und § 13 der Kaiserlichen Verordnung vom 5. August 1885 nach Lage der Akten zu entscheiden ist und die Parteien deshalb von dem wesentlichen Inhalt der Akten Kenntniss haben müssen. Danach unterliegt es rechtlichen Bedenken, diejenigen Theile ärztlicher Gutachten, auf welche das erkennende Gericht bei der Entscheidung Gewicht legt und welche bei Festsetzung der Urtheilsgründe verwerthet werden müssen, von der Mittheilung an die Parteien auszuschliessen. So wird sich auch in der Regel die Mittheilung desjenigen Theiles des Gutachtens, welcher dem Kläger Uebertreibung oder Simulation vorwirft, nicht umgehen lassen, falls diese Thatsache für die Beurtheilung der Sache von Bedeutung ist. Auch der dortseits gegebenen Anregung, den Rentenempfängern in der Regel nur das Endgutachten mitzutheilen, Folge zu geben, erscheint rechtlich nicht zulässig, weil das Endgutachten in der Regel nur einen logischen Schluss enthält, während das Gesetz gerade die Mittheilung der vorhergehenden Thatsachen verlangt.

Bildet hiernach die Mittheilung der ärztlichen Gutachten ihrem ganzen Umfange nach gegenüber beiden insofern auf gleicher Linie stehenden Parteien die Regel, so ist dieselbe naturgemäss nicht ohne Ausnahmen. So werden solche Theile eines ärztlichen Gutachtens, welche für die Entscheidung offenbar unwesentlich sind und welche sonst aus irgend einem Grunde für die Parteien keine Bedeutung haben, in den den Letzteren zu ertheilenden Abschriften unbedenklich wegzulassen sein. Auch unterliegt es keinem Bedenken, solche Bemerkungen in Gutachten, welche einen für den Verletzten beunruhigenden Inhalt haben, sachlich aber entbehrlich sind (z. B. wenn es in einem Gutachten hiesse, der Kläger sei ein Todeskandidat, oder er werde nur noch kurze Zeit leben), in den für die Parteien bestimmten Abschriften zu streichen, ebenso werden in dem Gutachten Wendungen, welche den Arbeiter leicht verletzen (z. B. wenn die Simulation oder Uebertreibung in besonders starken Ausdrücken geschildert wird), zu unterdrücken sein; endlich ist in vereinzelten Fällen ein Gutachten das nach Inhalt oder Form nach Ansicht des Reichs-Versicherungsamtes zur Mittheilung an den Entschädigungsberechtigten nicht geeignet erschien, dessen Anstände aber auf eine der vorbezeichneten Arten zu beseitigen nicht thunlich war, dem Sachverständigen mit einem erläuternden Hinweis darauf zurückgegeben worden, dass die Zustellung des Gutachtens an die Parteien zu erfolgen habe. Der Herr Sachverständige hat dann mit Rücksicht hierauf das Gutachten entsprechend geändert und zurückgereicht.

---

des Abänderungsgesetzes vom 30. 11. 1900 nur vorgeschrieben, dass zunächst der Vorsitzende des Schiedsgerichts und sodann das Schiedsgericht selbst über die Mittheilung ärztlicher Gutachten zu befinden hat; sie soll jedoch nur ausnahmsweise und aus sachlichen Gründen und nicht etwa nur mit Rücksicht auf geschäftliche Unbequemlichkeiten verweigert werden. Insbesondere soll die Mittheilung nachgeholt werden, wenn nach Auffassung des Schiedsgerichts durch deren Unterlassung oder Einschränkung das Interesse des Entschädigungsberechtigten verletzt erscheint. Ueber eine etwaige Weigerung der Mittheilung entscheidet das R. V. A. in höchster Instanz (Rev.-Entsch. vom 25. September 1900).

Das Reichs-Versicherungsamt wird es sich angelegen sein lassen, auch in Zukunft auf solche Fälle sein besonderes Augenmerk zu richten, um hierdurch etwaige Unannehmlichkeiten von den als Sachverständige gehörten Aerzten fern zu halten. Die Aerztekammer wird aber auch ihrerseits gewiss zu würdigen wissen, dass beim Abgehen von dem oben entwickelten rechtlichen Standpunkt eine geordnete Rechtspflege nicht wohl zu erhalten sein würde.

Ob und in welcher Weise der Arzt die ihm in einem vorgelegten Formular gestellten Fragen beantworten will, muss seiner gewissenhaften Prüfung überlassen bleiben. Ein von dem Gesetz vorgeschriebenes feststehendes Formular für die ärztlichen Gutachten besteht nicht. Das Reichsversicherungsamt giebt sich, gestützt auf die bisher gemachten Erfahrungen und dem bewährten Takt der Herren Aerzte vertrauend, der Hoffnung hin, dass jeder Einzelne gegebenen Falls den richtigen Weg zu finden wissen wird, um unliebsamen Vorkommnissen vorzubeugen. Allerdings werden die Herrn Sachverständigen gut thun, sich bei Ausstellung eines Gutachtens gegenwärtig zu halten, das dasselbe den Parteien mitgetheilt werden kann und in der Regel mitgetheilt wird; alsdann wird sich wohl stets eine der Form nach vorsichtige Fassung der Gutachten ermöglichen lassen, welche eine Mittheilung an die Patienten ermöglicht, ohne dass die Zuverlässigkeit und Objektivität des Urtheils damit leidet. Das Reichs-Versicherungsamt seinerseits wird umsomehr besorgt bleiben, die mit den vorgetragenen Verhältnissen für die Aerzte verknüpften Nachtheile auf ein möglichst geringes Mass einzuschränken, als auf die förderliche Mitwirkung der Aerzte alle Beteiligten im gleichen Masse angewiesen sind."

Gegen die Feststellung der Entschädigung seitens der Berufsgenossenschaft steht, wie dies in dem Bescheide derselben vermerkt sein muss, dem Verletzten die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung zu und zwar innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Bescheides. „Das Schiedsgericht hat, wenn es den Entschädigungsanspruch für begründet erachtet, zugleich die Höhe der Entschädigung und den Beginn der Rente festzustellen" (§ 76). Betreffs der Zulässigkeit des Rekurses an das Reichsversicherungsamt bestimmt das Gesetz dann:

§ 80. Gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts steht in den Fällen des § 69 Abs. 1 Ziff. 2, vorbehaltlich der Bestimmungen des § 90 Abs. 2 und des § 95 Abs. 1, dem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen, sowie dem Genossenschaftsvorstande das Rechtsmittel des Rekurses zu. Der Rekurs des Vorstandes hat aufschiebende Wirkung insoweit, als es sich um Beträge handelt, die für die Zeit vor dem Erlasse der angefochtenen Entscheidung nachträglich gezahlt werden sollen. Im Uebrigen hat der Rekurs keine aufschiebende Wirkung.

Werden mit der Anfechtung einer Entscheidung des Schiedsgerichts in den im § 69 Abs. 1 Ziff. 1 bezeichneten Angelegenheiten Rekursanträge wegen der im § 69 Abs. 1 Ziff. 2 bezeichneten Angelegenheiten verbunden, so darf die Entscheidung des Schiedsgerichts über die zuerst bezeichneten Angelegenheiten in dem Rekursverfahren nur dann abgeändert werden, wenn im Uebrigen den Rekursanträgen Folge gegeben wird.

Ueber den Rekurs entscheidet das Reichs-Versicherungsamt. Das Rechtsmittel ist bei demselben zur Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats nach der Zustellung der Entscheidung des Schiedsgerichts einzulegen; die Bestimmung des § 76 Abs. 3 findet entsprechende Anwendung.

Rekurs ist also nur zulässig bei Renten für eine voraussichtlich nicht vorübergehende Erwerbsunfähigkeit und bei Renten für Hinterbliebene (§ 69 1. 1 b). Rekurs ist nicht zulässig in den Fällen des § 69 Abs. 1 a, c, d, e (bezüglich ärztl. Behandlung, Arznei und sonstiger Heilmittel, Sterbegeld, Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt, bezüglich der während der Heilanstaltsbehandlung an Angehörige zu zahlenden Renten), sowie bezüglich der schiedsgerichtlichen Entscheidung über den Zeitpunkt, wann eine Rente bezw. ihre Erhöhung

oder Minderung in Kraft treten soll oder über Kapitalabfindung. Es ist durch § 80 auch verhindert, dass ein Verletzter durch Verbindung seiner nicht rekursfähigen Ansprüche mit einem völlig aus der Luft gegriffenen Antrage das R.-V.-A. zu einer Entscheidung über sämmtliche Ansprüche nöthigen kann.

Betreffs der **Abschätzung der Erwerbsfähigkeit** ist zunächst zu betonen, dass die Erwerbsfähigkeit (E.-F.) im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes eine andere ist wie diejenige im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes, das nur zwischen Erwerbsfähigkeit und -unfähigkeit unterscheidet. Das U.-V.-G. kennt eine dauernde und eine vorübergehende, eine völlige und eine theilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Festsetzung des Grades der durch einen Unfall bedingten Minderung an Erwerbsfähigkeit steht in erster Instanz von Amtswegen den Berufsgenossenschaften zu, sie ziehen aber in der Regel den ärztlichen Sachverständigen zu Rathe. Seine Hauptaufgabe ist dann die Berücksichtigung der subjektiven Klagen des Verletzten, die objektive Feststellung der auf die Gesundheitsverhältnisse einwirkenden Folgen des Unfalls an ihm und die Abwägung beider gegeneinander. Wenn des weiteren seitens der zur Feststellung der Rente berufenen Instanz der Arzt auch nach der Wirkung der ärztlicherseits ermittelten Unfallsfolgen auf die Erwerbsfähigkeit eines Verletzten gefragt wird, so ist dies zwar ein eingebürgerter und aus den Verhältnissen erklärlicher Brauch, dem gegenüber man aber nie vergessen sollte, dass ein derartiges Urtheil eine Sachkenntniss erfordert, die über das medizinische Können im engeren Sinne hinausgeht. Deshalb legte das ursprüngliche U.-V.-G. die schiedsgerichtliche Entscheidung nach Möglichkeit in die Hände von Fachgenossen (berufsgenossenschaftliche Schiedsgerichte) und deshalb ist auch heute noch die erste Rentenfestsetzung den Berufsgenossenschaften und den Berufsgenossen überlassen. Wenn diese sich nicht in jedem Falle an die Schätzung des Arztes halten, so bedeutet dies keine Kränkung für diesen; man kann im Gegentheil anch bei grosser Erfahrung in der Unfallpraxis noch Manches aus den Festsetzungen einer pflichttreuen berufsgenossenschaftlichen Entschädigungskommission und deren Motiven lernen.

Die fast allgemein gebräuchlich gewordene prozentuale Abschätzung kann nach Reichel[1]) nur dann annähernd brauchbare Zahlen ergeben, wenn man sich in jedem Falle drei Fragen mit Sorgfalt und Verantwortungsgefühl beantwortet: „Welche Arbeiten vermag der Verletzte noch zu verrichten? in welcher Menge? und in welcher Güte?" Es ist auch nothwendig, scharf ins Auge zu fassen, wie viel gerade der in Rede stehende Verletzte, nicht etwa irgend jemand, in Anbetracht aller der besonderen Verhältnisse, unter denen er zu leben gezwungen ist, sich innerhalb eines Jahres mit

[1]) Reichel: Abschätzung der Erwerbsfähigkeit; Wiesbaden 1898; Verlag von S. F. Bergmann.

der ihm verbliebenen Leistungsfähigkeit zu verdienen im Stande ist. Drei Faktoren sind es nach Reichel, die bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit neben der Arbeitsfähigkeit noch in Betracht zu ziehen sind: 1. Die Konkurrenzfähigkeit, 2. die Arbeitsgelegenheit, 3. die Findigkeit im Aufsuchen einer passenden Arbeitsgelegenheit.

Die **Konkurrenzfähigkeit** kann gemindert sein durch Umstände, die an sich keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in sich schliessen, z. B. durch Entstellung des Gesichts in Folge Verlust der Nasenspitze, Brandnarben, Syphilis, Lupus, Noma. Eine Minderung der Arbeitsfähigkeit schliesst an sich auch der glatte Verlust eines Augapfels nicht ein. Und doch ist der Verletzte geschädigt, aber nicht bloss objektiv durch die Entstellung, sondern auch subjektiv, indem er naturgemäss den Wunsch hat, nur in Betrieben zu arbeiten, welche sein für jede Arbeit zwar genügendes Sehorgan, bezw. den ihm nur noch gebliebenen, um so werthvolleren Rest desselben möglichst wenig gefährden. Gerade das Beispiel des Einäugigen, in der Unfallliteratur besonders viel erörtert, lehrt wie jede schematische Abschätzung in Prozenten etwas missliches hat. Giebt es doch zahlreiche, man kann sagen unbewusst Einäugige, die nicht einmal an Konkurrenzfähigkeit im engeren Sinne eine Einbusse erlitten haben. Der Arbeitgeber weiss nichts von ihrem körperlichen Mangel und sie selbst fürchten, eben weil auch sie keine Kenntniss von demselben haben, keine Gefahren.

Die **Arbeitsgelegenheit** soll nach der Rechtsprechung des R.-V.-A. eigentlich nicht in Betracht gezogen werden bei der Abschätzung[1]) sondern nur die abstrakte Erwerbsfähigkeit. „Wer aber, sagt Reichel, das ihm verbliebene Maass von Arbeitsfähigkeit auch beim besten Willen nicht in Lohnverdienst umsetzen kann, sei es auch nur aus Mangel an Arbeitsgelegenheit, der muss als erwerbsunfähig gelten." Das kann nun nicht auf jede durch irgend welche Schwierigkeit in der wirthschaftlichen Konjunktur bedingte Minderung an Arbeitsgelegenheit Anwendung finden. Der ärztliche Sachverständige muss es daher im gegebenen Falle den Berufssachverständigen überlassen, zu entscheiden, wie weit die Frage der Arbeitsgelegenheit bei der Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit mit ins Gewicht fällt.

Dasselbe gilt von der **Findigkeit,** eine passende Arbeitsgelegenheit aufzusuchen. Die Schätzung der Bedeutung dieses Moments fällt in den Pflichtenkreis eines Arztes nur dann, wenn er den Betroffenen lange und genau kennt.

Es kann nach dem Gesagten eine gründliche Abschätzung der Erwerbsfähigkeit eines Unfallverletzten nur hervorgehen aus einem Zusammenarbeiten von ärztlichen und Berufssachverständigen, wie dies das neue U.-V.-G. auch thatsächlich verlangt, indem es (§ 69 U.-V.-G.) die Be-

[1]) Ausgenommen bei land- und forstwirthschaftlichen Arbeitern; siehe die nachstehenden Rekurs-Entscheidungen des R.-V.-A. vom 26. 11. 1887 u. 27. 6. 1890.

schlussfassung zwar den Genossenschaften bezw. Sektionen zuweist, aber (§ 69, Absatz 3) für den Fall der Ablehnung einer Entschädigung oder der Festsetzung einer Theilrente die Anhörung des behandelnden Arztes zur Bedingung macht.

Die Praxis hat naturgemäss für alle häufiger wiederkehrenden, typischen Verletzungen jedem Gutachter gewisse Normalsätze an die Hand gegeben, auf die später noch eingegangen werden soll. Man darf sich aber nicht sklavisch an Zahlen halten, selbst wenn sie mit anscheinend so wissenschaftlicher, mathematisch genauer Begründung, gewissermassen als Fazit eines Rechenexempels begründet werden, wie die von vielen Augenärzten aufgestellten Werthe. Das R.-V.-A. hat wiederholt vor jedem Schematismus gewarnt und gemahnt, jeden Fall individuell zu beurtheilen, ja es hat sogar erklärt, dass es sich bei neuen Fällen an seine eigenen früheren Entscheidungen nicht für gebunden hält. Es ist aber nothwendig bei seinen Erwägungen sich gewisse fundamentale Aeusserungen der obersten Instanz des öffentlichen Versicherungswesens zu vergegenwärtigen. So hat sich diese in Bezug auf die Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit durch Rekurs-Entscheidung vom 26. November 1887 wie folgt ausgesprochen:

„Bei der Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit eines Verletzten im Allgemeinen darf nicht lediglich das bisherige Arbeitsfeld des zu Entschädigenden und der Verdienst, welchen er etwa nach der Verletzung noch hat, in Rücksicht gezogen werden. Vielmehr ist einerseits der körperliche und geistige Zustand in Verbindung mit der Vorbildung desselben zu berücksichtigen, und andererseits zu erwägen, welche „Fähigkeit" ihm zuzumessen sei, auf dem Gebiete des wirthschaftlichen Lebens sich einen „Erwerb" zu verschaffen („Erwerbsfähigkeit"). Es soll ihm nach dem Gesetze derjenige Schaden, welcher ihm durch die Verletzung zugefügt worden ist, ersetzt werden, und dieser Schaden besteht in der Einschränkung der Benutzung der dem Verletzten nach seinen gesammten Kenntnissen und Fähigkeiten auf dem ganzen wirthschaftlichen Arbeitsmarkt sich bietenden Arbeitsgelegenheiten."

Diese Ausführungen gelten aber nur für den gewerblichen Arbeiter und sollen für den sesshafteren, land- und forstwirthschaftlichen Arbeiter nach der Rek.-Entsch. vom 27. Juni 1890 keine Anwendung finden:

„Denn derselbe haftet mehr als der gewerbliche an der Scholle, auf welcher er geboren ist; es ist für ihn daher schwerer, wie für diesen, sich auf anderen Gebieten des wirthschaftlichen Lebens einen seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten entsprechenden Erwerb zu verschaffen. Diese in der Natur der Dinge begründete grössere Sesshaftigkeit muss bei Bemessung der einem verletzten landwirthschaftlichen Arbeiter verbliebenen Erwerbsfähigkeit in's Gewicht fallen. Es ist daher einem solchen nicht zuzumuthen, ausserhalb der nächsten Umgebung seines Heimathsortes andere Arbeiten als die eines Winzers, Landmannes oder ähnlichen Arbeiters überhaupt aufzusuchen."

Da der Grad der Erwerbsunfähigkeit nicht nach der Erwerbsfähigkeit eines normalen Arbeiters, sondern nach der jeweiligen des Verunglückten zu schätzen ist, und da der ganze Mensch dabei immer berücksichtigt werden muss, so ist von dem Gutachter auch das Geschlecht, das Alter, bereits bestehende Invalidität wohl zu beachten. Eine Frau mit Fingerverletzungen z. B. ist in der Regel höher einzuschätzen als ein objektiv ganz gleichartig geschädigter Mann

Ganz besonders schwer ist es oft, Unfallsfolgen von der durch hohes Alter bedingten Invalidität zu scheiden. Im Allgemeinen treffen Unfallsverletzungen einen älteren Menschen überhaupt schwerer als einen jüngeren. Die Erfahrung lehrt, dass alte Leute noch vollauf ihren Berufspflichten oblagen bis ein ganz geringfügiger Betriebsunfall, besonders wenn er Bettlägrigkeit bedingte, ihrer Arbeitsfähigkeit ein jähes Ende setzte. Wäre es zu einer Verschmelzung des Invaliden- und des Unfallversicherungs-Gesetzes gekommen, dann hätte sich vielleicht ein rechtlicher Ausgleich finden lassen; zur Zeit muss in der Regel die B.-G. die Kosten auch der nichttraumatischen Invalidität mittragen.

Auch die nicht durch Alter bedingte Invalidität, z. B. diejenige durch chronische Krankheiten, Unfälle, angeborene Uebel verdient bei der Abwägung der Erwerbsunfähigkeit Berücksichtigung. Ein Krüppel mit nur einem Bein wird durch den Verlust des andern ebenso geschädigt wie ein Mensch, welcher beide Beine durch einen Unfall verliert. Ferner kann eine geringfügige Verletzung an dem Beine eines Menschen, dessen anderes krank ist, in Bezug auf die dadurch bedingte Erwerbseinbusse als eine verhältnissmässig schwere anzusehen sein.

Bezieht jemand bereits eine Rente z. B. von $66^2/_3$ % und verdient er statt der früheren 2000 Mk. nur noch 600 Mk., so ist ihm für die Folgen eines neuen Unfalls, der ihn völlig erwerbsunfähig macht, die Vollrente 100 % d. h. $66^2/_3$ % seines letzten Arbeitsverdienstes also 400 Mk. zu gewähren. Es dürfen also die Grade der Erwerbsunfähigkeit nach mehreren Unfällen nicht einfach zusammengerechnet werden. Da in der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes im Allgemeinen die vor einem Unfall bestehende Minderung an Erwerbsfähigkeit zum Ausdruck kommt, so bedeutet diese Bestimmung keine Härte für die Träger der Versicherungslasten.

F. Veränderung der Verhältnisse, Fälligkeitstermin; Ruhen der Rente; Kapitalsabfindung.

Das Gesetzbestimmt in dieser Hinsicht[1]):

Aenderung der Verhältnisse.

§ 88. „Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maassgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung[2]) ein, so kann eine anderweite Feststellung erfolgen.

---

[1]) Vergl. auch Anleitung des R. V. A. für die zur Feststellung der Entschädigungen zuständigen berufsgenossenschaftlichen Organe, vom 11. Jan. 1888.

[2]) Auf das Wort „wesentlich" ist besonderer Werth zu legen. Herabsetzung von 5% bedeutet in der Regel keine wesentliche Besserung; nur bei kleinen Renten, z. B. von 20% und weniger kann die Minderung der Rente um 5% in Frage kommen. Beachtenswerth sind folgende Rek.-E. des R. V. A.:

„Die einem Verletzten rechtskräftig gewährte Entschädigung, auf welcher seine wirthschaftliche Existenz ganz oder zum Theil sich gründet, darf nur dann geschmälert oder entzogen werden, wenn ihr weiterer Genuss in der bisherigen Höhe nach dem Eintritt wesentlicher Veränderungen ein offenbares Unrecht gegen die B. G. ist. Herabsetzungen in schnell aufeinander folgenden Stufen und mit kleinen Prozentsätzen sind nicht angebracht; auch reicht nicht schon

Nach Ablauf von zwei Jahren von der Rechtskraft des Bescheids oder der Entscheidung ab, durch welche die Entschädigung zuerst endgültig festgestellt worden ist, darf wegen einer im Zustande des Verletzten eingetretenen Veränderung eine anderweite Feststellung, sofern nicht zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Empfangsberechtigten über einen kürzeren Zeitraum ausdrückliches Einverständniss erzielt ist, nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre beantragt oder vorgenommen werden.

Die anderweite Feststellung erfolgt innerhalb der ersten fünf Jahre von der Rechtskraft der erwähnten Bescheide oder Entscheidungen ab auf Antrag oder von Amtswegen durch Bescheid der Berufsgenossenschaft, später, sofern nicht über die anderweite Feststellung zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Empfangsberechtigten ausdrückliches Einverständniss erzielt ist, nur auf Antrag durch Entscheidung des Schiedsgerichts.

Zu dem Antrag auf Wiederaufnahme eines Heilverfahrens ist neben dem Verletzten auch die Krankenkasse, der er angehört, berechtigt.

§ 89 Wird innerhalb der ersten fünf Jahre ein neuer Bescheid erlassen bevor die frühere Entscheidung über die Höhe der Entschädigung die Rechts-

---

eine kleine Besserung des körperlichen Zustandes aus, sondern die Erwerbsfähigkeit muss wesentlich gestiegen sein, worüber in der Regel ein klares ärztliches Gutachten vorliegen muss. Bei veränderten Festsetzungen nach § 88 ist alsdann die Art der Berechnung der Rente ersichtlich zu machen; auch sind die Thatsachen und Beweismittel für das Vorliegen der wesentlichen Veränderungen mitzutheilen. Im übrigen kann die Anwendung des § 88 nur auf wirkliche, objektive Veränderungen (Eintritt neuer Folgen des Unfalls, Steigerung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit), dagegen nicht lediglich auf eine Veränderung der aktenmässigen Verhältnisse, d. h. eine veränderte Beurtheilung oder bessere Kenntniss der an sich unveränderten Verhältnisse gestützt werden" (Rek.-E. vom 23. 9. 1892).

„In dem Umstande, dass ein in seiner Erwerbsfähigkeit thatsächlich geschädigter Verletzter in einer anderen Stellung ein höheres Einkommen als in dem Betriebe, in welchem er verunglückte, bezieht, ist keine Veränderung der Verhältnisse, d. i. keine Veränderung in dem Zustande des Verletzten zu erblicken" (Rek.-E. vom 11. 6. 1888).

„In der blossen, durch die natürliche körperliche Entwicklung eines jugendlichen Arbeiters bedingten Kräftezunahme des verletzten Gliedes liegt keine Veränderung der Verhältnisse" (Rek.-E. vom 3. 10. 1891).

Bei der geringen Erhöhung der Beugungsfähigkeit der Hand eines Verletzten, welche nach Ansicht des Arztes eine um 5% geringere Minderung der E.-F. zutreffend erscheinen liess, ist das Vorliegen einer wesentlichen V. d. V. verneint worden (Rek.-E. vom 11. 5. 1891).

Ist der von einer Heilanstalt bei der Entlassung eines Verletzten beschriebene günstige Zustand nicht von Dauer und gestaltet sich derselbe unter dem Einfluss der Arbeitsversuche wieder ungünstiger, so ist der Anspruch auf Rentenerhöhung nicht von der Hand zu weisen (Rek.-E. vom 30. 10. 1893).

Eine wesentliche Veränderung ist auch dann anzunehmen, wenn ein Verletzter sich an den Gebrauch eines verletzten Gliedes, oder, wenn es sich um den Verlust eines solchen handelt, an den Gebrauch der ihm verbliebenen Gliedmaassen gewöhnt hat, oder wenn die auf Kosten der Genossenschaft ausgeführte Ausbildung mit Erfolg vollendet ist: „Die Erfahrung lehrt, dass ein Arbeiter, welcher ein Auge oder ein wichtiges Glied verloren hat, in der ersten Zeit nach Beendigung des Heilverfahrens meistens nicht im Gebrauche des einen Auges hinreichend geübt ist bezw. nicht die ihm zurückgebliebenen Gliedmassen in geeigneter Weise zur Arbeit zu verwenden vermag. Für diese Zeit hat die B.-G. eine entsprechend höhere Rente zu gewähren, sie ist aber auch folgerichtig nach Abschluss des einzelnen Falles in seinen Folgen berechtigt, auf Grund des § 88 eine Minderung der Rente eintreten zu lassen" (Rek.-E. vom 28. 5. 1888). „Dabei ist die Zeit, welche für die Ausbildung der den Verletzten verbliebenen Arbeitskräfte gelassen, genügend lang zu bemessen" (Rek.-E. vom 18. 11. 1889).

Dagegen ist eine Aenderung des Arbeitgebers und der Arbeitsgelegenheit bezw. des seitherigen Arbeitsverhältnisses als eine wesentliche Veränderung nicht zu erachten, desgleichen berechtigt der Uebertritt eines rentenberechtigten Arbeiters in den Kreis der Arbeitgeber nicht zur Anwendung des § 88. (Rek.-E. vom 11. 6. 18 88

kraft erlangt hat, so muss die Rechtsmittelbelehrung in dem die Rente abändernden Bescheide darauf hinweisen, dass durch das gegen den früheren Bescheid eingelegte Rechtsmittel der Eintritt der Rechtskraft des neuen Bescheids nicht gehemmt wird. Abschrift des neuen Bescheids ist derjenigen Stelle, bei welcher das Verfahren über den älteren Bescheid schwebt, mitzutheilen. Diese ist berechtigt, bei Entscheidung der älteren Sache darüber zu befinden, welche Entschädigung für die Zeit nach Erlass des neuen Bescheids zu gewähren ist. Ein in Folge der Anfechtung des neuen Bescheids etwa eingeleitetes Verfahren ist alsdann einzustellen.

Vor einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente ist dem Rentenempfänger unter Mittheilung derjenigen Unterlagen, auf Grund deren die Herabsetzung oder Aufhebung erfolgen soll, Gelegenheit zur Aeusserung zu geben.

Eine Erhöhung der Rente kann nur für die Zeit nach Anmeldung des höheren Anspruchs gefordert werden.

Eine Minderung, Einstellung (§ 94) oder Aufhebung der Rente tritt mit Ablauf des Monats in Wirksamkeit, in welchem der die Veränderung aussprechende Bescheid zugestellt worden ist.

§ 90. Die anderweite Feststellung einer Rente nach Ablauf der ersten fünf Jahre kann nur für die Zeit nach Zustellung des Antrags gefordert werden. Im Uebrigen wird der Zeitpunkt, von welchem an die Erhöhung, Minderung oder Aufhebung der Rente in Kraft treten soll, in der Entscheidung des Schiedsgerichts festgesetzt. Ebenso bestimmt das Schiedsgericht, in welchen Summen und Fristen die seit dem Inkrafttreten der Rentenminderung etwa bezahlten Mehrbeträge durch Kürzung späterer Rentenbezüge zur Erstattung gelangen sollen. Das Schiedsgericht kann auf Antrag auch schon vor dieser Entscheidung im Wege der einstweiligen Verfügung anordnen, dass die fernere Rentenzahlung bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Antrag auf Aufhebung oder Minderung der Rente ganz oder theilweise eingestellt werde.

Auf die Entscheidungen des Schiedsgerichts finden die Bestimmungen der §§ 80 ff. über das Rechtsmittel des Rekurses entsprechende Anwendung. Gegen die im Abs. 1 Satz 2 bis 4 bezeichneten Entscheidungen und Verfügungen des Schiedsgerichts findet jedoch ein Rechtsmittel nicht statt.

Wird der Antrag auf Abänderung der Rente dem Schiedsgericht unterbreitet, bevor die frühere Entscheidung über die Höhe der Entschädigung die Rechtskraft erlangt hat, so ist die Stelle, bei welcher das frühere Verfahren anhängig ist, berechtigt, in diesem darüber zu befinden, welche Entschädigung für die Zeit nach Zustellung des Antrags auf Abänderung der Rente zu gewähren ist.

§ 91. Die anderweite Rentenfestsetzung nach Abschluss eines neuen Heilverfahrens, die Einstellung von Rentenzahlungen (§ 94) sowie die Ablösung einer Rente durch Kapitalzahlung (§ 95) erfolgt auch nach Ablauf des im § 88 Abs. 3 vorgesehenen Zeitraums durch Bescheid der Berufsgenossenschaft.

§ 92. Ist der Verletzte, für welchen eine Entschädigung festgestellt war, in Folge der Verletzung gestorben, so muss der Anspruch auf Gewährung einer Entschädigung für die Hinterbliebenen, falls diese Entschädigung nicht von Amtswegen festgestellt ist, bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Tode des Verletzten bei dem zuständigen Vorstand oder bei der für den Wohnort des Entschädigungsberechtigten zuständigen unteren Verwaltungsbehörde angemeldet werden. Nach Ablauf dieser Frist ist der Anmeldung nur dann Folge zu geben, wenn zugleich glaubhaft bescheinigt wird, dass der Entschädigungsberechtigte von der Verfolgung seines Anspruches durch ausserhalb seines Willens liegende Verhältnisse abgehalten worden ist, und die Anmeldung innerhalb dreier Monate, nachdem das Hinderniss weggefallen, erfolgt ist. Im Uebrigen finden auf das Verfahren die Vorschriften der §§ 69 bis 87 entsprechende Anwendung.

Auch eine Erhöhung der Rente gehört zu den gesetzlichen Pflichten des Vorstandes einer B.-G., wenn die Veränderung der Verhältnisse des Verletzten dies mit sich bringt (Rek.-E. vom 25. 4. 1893), z. B. wenn der Verletzte fremder Wartung und Pflege bedürftig wird.

Fälligkeitstermine.

§ 93. Kosten des Heilverfahrens und Sterbegelder sind binnen einer Woche nach ihrer Feststellung, Renten in monatlichen, und wenn sich der Jahresbetrag auf sechzig Mark oder weniger beläuft, in vierteljährlichen Beträgen im Voraus zu zahlen, letzteres insoweit, als nicht im Voraus anzunehmen ist, dass die Rente vor Ablauf des Vierteljahrs fortfällt. Die Renten werden auf volle fünf Pfennig für den Monat beziehungsweise das Vierteljahr nach oben abgerundet.

Im Einverständnisse mit dem Entschädigungsberechtigten kann die Berufsgenossenschaft anordnen, dass die Zahlung in längeren Zeitabschnitten erfolgt.

Fällt das Recht auf den Rentenbezug im Laufe des Monats, für welchen die Rente gezahlt war, fort, so ist von einer Rückforderung abzusehen. Wenn für einen Theil des Monats die Rente für den Verletzten mit der Rente für die Hinterbliebenen den höheren Betrag zu beanspruchen.

Ein Verzicht auf die Rückforderung ist auch dann zulässig, wenn die Rente für längere Zeitabschnitte gezahlt war.

Ruhen der Rente.

§ 94. Das Recht auf Bezug der Rente ruht:

1. solange der Berechtigte eine die Dauer von einem Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst oder solange er in einem Arbeitshaus oder einer Besserungsanstalt untergebracht ist. Hat der Berechtigte im Inlande wohnende Angehörige, welche im Falle seines Todes Anspruch auf Rente haben würden, so ist diesen die Rente bis zur Höhe jenes Anspruchs zu überweisen;
2. solange der berechtigte Ausländer nicht im Inlande seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Diese Bestimmung kann durch Beschluss des Bundesraths für bestimmte Grenzgebiete oder für solche auswärtige Staaten, durch deren Gesetzgebung deutschen, durch einen Betriebsunfall verletzten Arbeitern eine entsprechende Fürsorge gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden;
3. solange der berechtigte Inländer im Auslande sich aufhält und es unterlässt, der Berufsgenossenschaft seinen Aufenthalt mitzutheilen.

   Das Reichsversicherungsamt hat über die Mittheilung des Aufenthaltsortes nähere Vorschriften zu erlassen und darin anzuordnen, dass der Rentenberechtigte sich von Zeit zu Zeit bei einem deutschen Konsul persönlich vorzustellen hat.

   Weist der Entschädigungsberechtigte nach, dass er der Vorstellungspflicht ohne sein Verschulden nicht hat genügen können, so lebt insoweit das Recht auf den Bezug der Rente wieder auf.

Kapitalabfindungen.

§ 95. Ist bei theilweiser Erwerbsunfähigkeit eine Rente von fünfzehn oder weniger Prozent der Vollrente festgestellt, so kann nach Anhörung der unteren Verwaltungsbehörde die Berufsgenossenschaft den Entschädigungsberechtigten auf seinen Antrag durch eine entsprechende Kapitalzahlung abfinden. Der Verletzte muss vor Annahme seines Antrags darüber belehrt werden, dass er nach der Abfindung auch in dem Falle keinerlei Anspruch auf Rente mehr habe, wenn sein Zustand sich erheblich verschlechtern würde. Gegen den Bescheid, durch welchen die Kapitalabfindung festgesetzt wird, ist Berufung (§ 76) zulässig. Das Rechtsmittel hat in diesem Falle aufschiebende Wirkung. Bis zur Verkündung der Entscheidung kann der Antrag zurückgezogen werden. Die Entscheidung des Schiedsgerichts ist endgültig. Sie kann nur auf Bestätigung oder auf Aufhebung des Bescheids lauten.

Ist der Entschädigungsberechtigte ein Ausländer, so kann er, falls er seinen Wohnsitz im Deutschen Reiche aufgiebt, auf seinen Antrag mit dem dreifachen Betrage der Jahresrente abgefunden werden. Durch Beschluss des Bundesraths kann diese Bestimmung für bestimmte Grenzgebiete oder für die Angehörigen solcher auswärtiger Staaten, durch deren Gesetzgebung deutschen, durch Unfall verletzten Arbeitern eine entsprechende Fürsorge gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden.

---

[1]) Beim Ruhen der Rente ist nicht das Recht auf den Bezug der Rente kraft des Gesetzes sistirt, sondern es bedarf auch hier eines die Rentenzahlung einstellenden Bescheides, der erst mit Ablauf des Monats, an dem er zugestellt wurde, in Wirksamkeit tritt (§ 89 Abs. 4, § 91).

Diese Bestimmungen finden auch Anwendung auf solche Renten, welch vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes festgestellt worden sind. Wird eine solch Abfindung im Laufe der ersten drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes ausgesprochen, so sind die Berufsgenossenschaften berechtigt, die erforderlichen Mittel aus den Reservefonds zu entnehmen. Dieser ist dann nach näherer Anordnung des Reichsversicherungsamts (§ 34 Abs. 2) wieder zu ergänzen."

Aus den Motiven zu vorstehenden Gesetzesbestimmungen ist folgendes beachtenswerth: Es ist für den Rentenempfänger von Wichtigkeit, dass nach Erreichung eines gewissen Beharrungszustandes **Abänderungen der Rente,** soweit sie durch Veränderungen seines Zustandes veranlasst sind, ohne seine Zustimmung nur in Zwischenräumen von je einem Jahre vorgenommen werden können. Andere Abänderungen, insbesondere auch die ihr nach § 23 zustehende Einleitung eines neuen Heilverfahrens und die sich daran anschliessende Rentenfestsetzung, kann die Berufsgenossenschaft jederzeit vornehmen (§ 91). Der Berufsgenossenschaft, welche auch ohne Antrag des Verletzten gesetzlich die Rente festzusetzen hat, steht das Recht der Herabsetzung aber nur in den ersten fünf Jahren zu, d. h. in einem Zeitraum, in welchem naturgemäss noch des öfteren Besserung zu erwarten steht. Nach Ablauf dieser Frist rechtfertigt es sich, der Empfindung des Rentenempfängers, dass er nunmehr im ruhigen und gesicherten Genuss seiner Rente sei, Rechnung zu tragen. In Folge dessen steht es der Berufsgenossenschaft nicht mehr frei, einseitig mit einer Aenderung vorzugehen, sondern sie kann es nur im Einverständniss mit dem Schiedsgericht und muss bei diesem eine Herabsetzung der Rente beantragen, ebenso wie der Rentenempfänger nur auf demselben Wege eine Erhöhung der Rente erreichen kann. Nur nach Abschluss eines neuen Heilverfahrens ist die B.-G. berechtigt, die Rente wieder allein festzusetzen, auch wenn 5 Jahre seit der Verletzung zurückliegen.

Die Auszahlung der Renten erfolgt auf Anweisung des Vorstandes der B.-G. durch die Post (§ 97).

G. Verhalten des ärztlichen Untersuchers zum Verletzten.

1. Allgemeines.

Als Virchow seiner Zeitschrift „Medizinische Reform" die Worte voranstellte: „Die Aerzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Theil in ihre Jurisdiktion," da hat er wohl kaum voraussehen können, in welchem Umfange einmal der Arzt auch gesetzlich dazu berufen werden würde. Durch die sozialen Gesetze, durch das neue Versicherungsrecht ist in der That dieses Wort wahr geworden, und zwar in erster Linie durch die Unfallversicherungsgesetze. Durch sein ganzes Verhältniss zum Unfallverletzten ist der Arzt nicht nur dessen Berather bezüglich der Heilung seiner Leiden, auch nicht bloss Gutachter im engeren Sinne, er ist naturgemäss auch sein erster Anwalt, sein Rechtsberather. Wenn die Aerzte nach dieser Richtung dem grossen humanen Grundzuge dieses Gesetzes

in allen Stücken gerecht werden wollen, so bedarf es eines hohen Maasses von natürlichem Takt und von feinem psychologischen Verständniss für das Empfinden des kranken Arbeiters. Wer es an gutem, sachgemässen und überzeugendem Rath auch nach der versicherungsrechtlichen Seite hin fehlen lässt, der drängt den Arbeiter leicht an Quellen der Berathung, die nicht immer als Gesundbrunnen angesehen werden können.

Richtiger Rath lässt sich aber nur geben, wenn man auch den Inhalt der in Frage kommenden Gesetze gründlich beherrscht. Kein gröberer Fehler, als wenn man in dem Verletzten durch eine leichthin gegebene tröstende Bemerkung Erwartungen, Hoffnungen erweckt, die hinterher aus streng rechtlichen Gründen nicht erfüllt werden. Nicht weniger gefährlich für das Ansehen des Arztes aber ist es, berechtigte Ansprüche des Verletzten in Abrede stellen zu wollen. Um nach beiden Richtungen niemals fehl zu gehen, ist ausser der Gesetzeskenntniss auch noch eine besondere praktische Erfahrung erforderlich. Der einzig richtige Weg, derjenige strengster Objektivität, ist oft schwer zu finden.

Der praktische Arzt in der kleinen Stadt kann sich z. B. durch ein streng sachliches, aber die ungebührlich hohen Ansprüche des Verletzten nicht befriedigendes Gutachten bei einem grossen Theile seiner Klientel missliebig machen. Kommt zu dieser Erwägung das Mitleid mit dem traurigen Geschick eines schwerkranken, armen Mitmenschen, der aus einem unbedeutenden oder gar nicht sicher erwiesenen Unfall Kapital schlagen möchte, so ist es gewiss nicht verwunderlich, wenn hie und da ein ärztliches Gutachten etwas zu Gunsten des Versicherten gefärbt erscheint. Aber der Arzt hat als Sachverständiger eben nur den objektiven Befund festzustellen und darf durch Verdunkelung oder Bemäntelung des Thatbestandes keinesfalls zur Beugung des Rechts beitragen helfen. Er soll nicht wohlthuen wollen auf anderer Leute Kosten!

Grobe Fehler in diesem Sinne geschehen selten ungestraft und meist auf Kosten des ärztlichen Standes! Das ärztliche Sachverständigenzeugniss hat entschieden an Achtung bei den berufenen Beurtheilern im Allgemeinen verloren; die Klage der Aerzte darüber ist leider zu einem grossen Theil durch sie selbst verschuldet. Es liegt in der ganzen ärztlichen Ausbildung, in seiner Praxis begründet dass der Arzt manchmal mit weniger Bedacht ein Zeugniss hinausgiebt, als dies ein geschulter Beamter oder ein kühl abwägender Jurist thun würde.

Ein anderer Fehler, in den man leicht verfallen kann, ist der, den Rentenansprüche erhebenden Arbeiter für einen Uebertreiber oder Simulanten zu halten oder sich durch seine Uebertreibung der Beschwerden gegen ihn einnehmen zu lassen. Das passirt nicht bloss dem ärztlichen Gutachter, der einen geheilten Verletzten zum ersten Male sieht, es passirt vielleicht noch öfter dem behandelnden Arzte, der am Schlusse der Kur ein Gutachten über den Verlust an Erwerbsfähigkeit abgeben soll; denn wenn ihm die Heilung einer Verletzung mit gutem Erfolge gelungen ist, so hört er auch gern die verdiente Anerkennung dafür ausgesprochen. Von dem Arbeiter unserer Tage kann der Arzt aber nicht immer die gebührende Anerkennung erwarten; er nimmt eben die kostenlose Behandlung, mag sie auch noch so sorgfältig und aufopfernd gewesen sein, als etwas selbstverständliches ohne Dank hin, als ein verbrieftes Recht. Deshalb darf weder ein solches Verhalten, noch die trotz des guten Heilresultates noch geäusserten Beschwerden

den Arzt im Urtheil voreingenommen machen. Man soll auch nicht vergessen, dass die Arbeitgeber nicht gern Leute in ihren Dienst einstellen, die noch einiger Schonung bedürfen, weil sie selbst für die Minderung der Arbeitsfähigkeit anderer unerbittlich bezahlen müssen. Demgemäss werden Unfallverletzte, die überhaupt noch Beschwerden haben, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als minderwerthig angesehen; um so weniger dürfen ihre Klagen unbeachtet bleiben.

2. Vortäuschung und Uebertreibung.

Vortäuschung und Uebertreibung sind zwei Faktoren, mit denen der ärztliche Sachverständige zu rechnen nicht vergessen darf, und die man beide wohl zu unterscheiden hat. Die Erfahrung aller in Unfallversicherungsangelegenheiten vielbebeschäftigten Aerzte geht heute dahin, dass **reine Simulation** d. h. der Versuch, wirklich nicht vorhandene Beschwerden vorzutäuschen, verhältnismässig selten vorkommt, viel seltener jedenfalls, als man dies nach dem Inkrafttreten des ersten Unfallversicherungsgesetzes anfänglich annehmen zu müssen glaubte. Wo der Versuch der Täuschung wirklich gemacht wird, da hat man es entweder mit Menschen von besonders geringer Intelligenz oder mit frivolen Individuen von besonderer Verschlagenheit zu thun. Die Verletzten aus der ersteren Gruppe sind in der Regel leicht zu entlarven. Sie bleiben sich bei wiederholten eingehenden Untersuchungen nicht gleich, sehen einem sachkundigen Untersucher gegenüber das Vergebliche ihres Versuches bald ein, besonders wenn ihnen dieser eine Brücke baut, über die sie sich allmählich zu einer vernünftigen Auffassung ihrer Situation, zurückziehen können. Den einen oder anderen dieser wenig intelligenten Simulanten bewegt man auch wohl zur Umkehr dadurch, dass man ihm bei der schriftlichen Aufnahme seiner Beschwerden eröffnet, dass er für seine „Aeusserungen zu Protokoll" nöthigenfalls gerichtlich unter dem Eide einzustehen hätte. Man muss ihm dann — manchmal bis zu einer zweiten und dritten Untersuchung — Zeit lassen, sich die schwerwiegenden Folgen seiner Aussagen zu überlegen.

Verschlagene Individuen, oft viel erfahren in Sachen des Rentenstreitverfahrens, nicht selten viel umher gekommen, in zahlreichen Krankenhäusern schon untersuchte Leute machen gelegentlich unüberwindliche Schwierigkeiten. Es ist den kundigsten Gutachtern schon vorgekommen, dass sie von solchen irregeführt worden sind, bis sie eines Tages vielleicht von anderer Seite doch entlarvt wurden.

Es giebt Simulanten, welche irgend ein objektives Symptom vortäuschen z. B. Zittern einer Extremität, eine Druckempfindlichkeit an umschriebener Stelle, Lahmen oder eine Versteifung irgend eines Gliedes, Gefühllossigkeit an einer umschriebenen Stelle. Bei all diesen Täuschungsversuchen lässt sich durch Krankhausbeobachtung in der Regel die Künstelei erweisen; man muss oft die Willensfestigkeit solcher Leute oft bewundern:

Ein am Rücken leicht gequetschter Arbeiter gab vor, am ganzen Körper, einschliesslich Kopf, nichts zu fühlen. Die Ausdehnung der Gefühllosigkeitszone über den ganzen Körper liess die Angabe von vornherein als unwahrscheinlich, unmöglich erkennen. Die deshalb vorgenommenen, nicht immer ganz gelinden Prüfungen auf Schmerz vertrug der Mann mit solcher Energie, dass man an sich selbst irre werden konnte. Die stärksten faradischen Ströme, die tiefsten Nadelstiche fühlte er angeblich nicht. Nicht eine Muskelzuckung verriet seinen Schmerz. Indes nachts im Schlaf mit einer Nadel in den Fuss gestochen, schrack er auf, und als er im Dunkeln noch einmal gestochen wurde, schimpfte er laut, bis er erkannte, dass der Arzt vor ihm stand. Am anderen Morgen war sein Gefühlssinn wieder vollständig in Ordnung!

Am häufigsten wohl ist die Art von Simulanten, welche ein früher schon vorhandenes Leiden auf einen Unfall zurückführen. Zu einem Theil sind es Kranke, welche im guten Glauben an die Richtigkeit ihrer Angaben diese vorbringen. Jeder Arzt weiss, wie auch bei nicht traumatischen Erkrankungen die Patienten die unmöglichsten Ursachen für wahrscheinlich halten. Kann es da einem Gutachter wundern, wenn, um ein selbsterlebtes krasses Beispiel anzuführen, die Angehörigen eines Patienten einen Krebs der Speiseröhre, welcher schon Tochtergeschwülste in den Halslymphdrüsen gehabt hatte, auf einen Bruch des Schlüsselbeins durch Unfall zurückführten? Derartige Rentennachsucher sind eigentlich keine Simulanten, welche böswillige Täuschung versuchen, sie machen ja nur vermeintlich berechtigte Ansprüche geltend. Hierher gehören insbesondere jene zahlreichen älteren Leute mit Altersblähung der Lungen und deren Folgen wie chronischen Luftröhrenkatarrh, Rippenfellverwachsungen, mit Altersveränderungen am Herzmuskel, mit chronischen Gelenkveränderungen, alter Ischias. Man hat gelegentlich den Eindruck, dass derart invalide Leute geradezu warten auf einen kleinen Unfall, um daraus Kapital zu schlagen. In Zeiten schwacher Nachfrage nach Arbeitern, werden sie von Fabrikbetrieben, in denen sie versicherungspflichtig wären, gar nicht zur Arbeit angenommen; wenn aber der Bedarf einmal steigt, z. B. bei der Eisarbeit für die Brauereien im Winter, dann werden diese Halbinvaliden als versicherungspflichtige Arbeiter vorübergehend mit eingereiht und stellen dann eine Unzahl von Rentenjägern!

Andere ersinnen einen nicht erlebten Unfall und geben ihn als Ursache eines anderweitig erworbenen Leidens an. Der Wunsch nach Rente ist bei dem modernen Arbeiter manchmal bis zur Selbstvernichtung lebhaft, wie folgender Fall lehrt:

Ein vierzigjähriger Bergmann wird schwerkrank in das Krankenhaus eingeliefert. Er bietet die Erscheinungen einer beginnenden Bauchfellentzündung mit Harnverhaltung. Er wird direkt aus der Grube gebracht, wo er angeblich über einen kleinen Wassergraben gesprungen ist. Dabei habe er einen Schmerz im Unterleibe verspürt. Beim Katheterisiren entleert sich am ersten Tage ein halber Liter Urin, am folgenden Tage wird kein Urin mehr gelassen. Die Bauchfellentzündung führt alsbald zum Tode. Die seitens der Berufsgenossenschaft veranlasste Obduktion ergiebt eine Ruptur der sonst gesunden Blase am Blasenscheitel und dadurch hervorgerufene diffuse frisch-eitrige Bauchfellentzündung. Man zerbricht sich den Kopf, wie es möglich ist, dass eine gesunde Blase beim Ueberschreiten — von einem Sprunge konnte bei der geringen Breite des Grabens nicht die Rede sein — eines kleinen Wasserlaufs zerreissen kann. Da stellt die amtliche Erhebung Folgendes fest: Der Verstorbene hat am

Abend vor der Einfahrt in die Grube, bei einer Schlägerei am Boden liegend, einen kräftigen Fusstritt gegen den Unterleib bekommen. Von heftigen Schmerzen gequält, ist er noch am folgenden Morgen in die Grube eingefahren, um dann im Krankenhause den obengenannten Unfall im Betriebe den Aerzten vorzulügen!

Man kann zweifelhaft sein, ob es Dummheit oder Frivolität ist, wenn — was wir auch wiederholt selbst erlebten — Leute mit frischer Gonorrhoe oder mit gonorrhoischer Nebenhodenentzündung ihr Leiden auf einen Betriebsunfall, auf Heben eines schweren Gegenstandes und ähnliches zurückführen.

Es gehört die Beherrschung aller Untersuchungsmethoden und eine grosse allgemein-medizinische Erfahrung, vor allem auch an Nicht-Unfallverletzten dazu, um in gewissen Fällen in einer auch den Laien (Juristen) überzeugenden Weise darzuthun, dass gewisse Krankheitserscheinungen nicht die Folge eines vor kurzem erfolgten Unfalls, sondern eines schon viel länger bestehenden chronischen Leidens sind. Erinnert sei hier besonders an Ohreiterungen und Schwerhörigkeit, die ganz besonders oft auf eine Kopfverletzung zurückzuführen beliebt wird. Da ist es nothwendig durch überzeugende Untersuchungsbefunde darzuthun, dass eine Schädelbasisfraktur mit Verletzung der im Felsenbein gelegenen Theile des Gehörorgans ausgeschlossen ist.

Die schlimmsten Simulanten sind wohl diejenigen, welche über subjektive Beschwerden klagen, für die sie selber keine organische Veränderung anzugeben wissen. „Zu sehen, zu fühlen ist nichts", geben sie selbst an; aber sie bleiben beharrlich dabei, an einer bestimmten Stelle Schmerzen zu haben. Es sind zum Glück auch die seltensten Fälle! Der ärztliche Sachverständige kann oft nichts anderes thun, als ihre Klagen niederschreiben und nach Erschöpfung aller Untersuchungsmethoden von der Beobachtung bei der Arbeit, d. h. von der Zeit die weitere Aufklärung zu erwarten. Es wird später noch auf die besonderen Gesichtspunkte zurückgekommen werden, die man bei der Untersuchung vermeintlicher Simulanten zu berücksichtigen hat. Als Arzt wird man sich aber, ehe man einen Menschen als Simulanten bezeichnet, immer gegenwärtig halten müssen, dass man dies nur auf Grund allersorgfältigster Untersuchung thun darf. Becker hat nicht Unrecht, wenn er sagt, dass es in der Regel die weniger kenntnissreichen Kollegen sind, welche am meisten Simulanten finden. Vor allem reicht die neurologische Diagnostik bei vielen Aerzten nicht aus.

Die **Uebertreibungssucht** Unfallverletzter ist ein Faktor, mit dem jeder ärztliche Sachverständige in versicherungsrechtlicher Angelegenheit rechnen muss und rechnen lernt, wenn er viel damit zu thun hat. Man muss diese überaus häufige Thatsache als etwas psychologisch Begründetes hinnehmen, sich durch sie nicht verdriessen lassen, sondern sie nach seiner Erfahrung von der Summe der subjektiven Beschwerden in Abzug bringen, indem man seinen objektiven Befund in die

Gleichung mit einbezieht. Dieses Rechenexempel ist oft nicht leicht; es gelingt eben nur dem Erfahrenen, ein richtiges Fazit dabei heraus zu bekommen.

Man hört viele Aerzte sich bitter über die Uebertreibung der Beschwerden bei unfallverletzten Arbeitern beklagen, die ihnen die Freude am Erfolg fürsorglicher Behandlung verleide. Ja man kann sich durch die Uebertreibungssucht leicht dahin beeinflussen lassen, objektiv feststellbare Schädigungen der Erwerbsfähigkeit zu gering zu veranschlagen. Man muss sich in das Empfinden des Arbeiters hineindenken, um es entschuldbar zu finden. Dieser glaubt, sich an seiner Familie zu versündigen, wenn er nicht eine möglichst hohe Rente aus seinem Unfall herausschlägt. Dazu spornt ihn sein ganzer Verkehrskreis ausnahmslos an, womöglich auch unter Uebertreibung erzielter diesbezüglicher Erfolge (Winkelkonsulenten). Nimmt man endlich dazu, dass das Empfinden für Recht und Unrecht, das Ehrgefühl bei dem Bildungsgrade der Arbeiter nicht so fein geschärft sein kann, so wird man dem humanen Gesetze nicht, wie es gelegentlich geschieht, eine Schädigung des Volkscharakters in den arbeitenden Ständen zuschreiben. Man bedenke nur, wieviel grössere Uebertreibungssucht der Arzt oft bei den Verletzten der privaten Unfallversicherung begegnen, die meist viel empfindlicher gegen Einwände bezüglich der Glaubwürdigkeit ihrer subjektiven Beschwerden und darum noch viel schwerer zu behandeln sind.

Es wäre also psychologisch unverständlich, wenn der Arbeiter in Wahrnehmung seines Interesses nicht des öfteren ein wenig allzustark auftrüge. Eine grössere Praxis in diesen Dingen führt jeden ärztlichen Sachverständigen schliesslich dahin, mit der Uebertreibungssucht als einem selbstverständlichen und darum nicht weiter aufregenden Faktor zu rechnen.

Endlich darf man nicht unbeachtet lassen, dass viele Unfälle eine gewisse Schwäche der Gesammtkonstitution und damit auch eine grössere Empfindsamkeit und Reizbarkeit hinterlassen. Ja, die scheinbare Uebertreibung ist nicht selten das erste Symptom einer Neurasthenie.

3. Untersuchung Unfallverletzter.

Es ist selbstverständlich, dass eine wirklich gründliche ärztliche Untersuchung auch den Ansprüchen genügt, die von allen Betheiligten an einen Gutachter in Versicherungsangelegenheiten gestellt werden können. Dennoch erscheint es nothwendig einige besondere Forderungen hervorzuheben, welche im Zweck der versicherungsrechtlichen Aufgaben begründet sind.

Der Umstand, dass die Ansprüche aus dem Versicherungsrecht ganz naturgemäss die Menschen verleiten, ihre Beschwerde zu übertreiben, wohl gar solche vorzutäuschen, macht an sich schon die Stellung des Arztes zu den Versicherten zu einer anderen, als diejenige es ist, die er seinen sonstigen Patienten gegenüber einnimmt, bei denen die Möglichkeit eines

Täuschungsversuches doch nur bei gewissen Krankheiten (Hysterie, Geistesstörungen) in Frage kommt. Die Gefahr, sich gegen den Zuuntersuchenden von vornherein einnehmen zu lassen und dadurch die gerade hier besonders nothwendige Objektivität einzubüssen, ist also nicht gering. Selbst der erfahrenste Praktiker in Unfalldingen hat sich gelegentlich ein gestehen müssen, dass er in diesem oder jenem Falle nicht ganz frei von einem irreführenden Vorurtheil war. L. Heidenhain hat einmal den Vorschlag gemacht, man solle sich niemals die zugehörigen Akten vor der Ausholung des Patienten über seine subjektiven Beschwerden ansehen. Das ist praktisch doch nicht immer durchführbar; man ist oft gezwungen, von dem Inhalt der Akten schon Kenntniss zu nehmen, ehe man den Verletzten sieht, oder man hat selbst aus der Zeit der Behandlung Kenntniss von alledem, was in denselben steht. Auch kürzt eine gründliche Kenntniss der behördlichen Feststellungen über die Art des Unfalls und über den weiteren Gang des Heilverlaufs die Ausforschung des oft redseligen Verletzten ab.

Deshalb ist im Allgemeinen die Einsichtnahme der Akten vor der Untersuchung und vor der Entgegennahme der subjektiven Beschwerden erforderlich. Dringend zu empfehlen, ja als unerlässlich zu bezeichnen aber ist stets die Einholung der Akten vor Abgabe jedes Gutachtens über alle etwas länger zurückliegenden Fälle. Die B.-G. fügen in der Regel, aber doch — zur Vermeidung von Schreibwerk — keineswegs immer die Schriftstücke bei. Das Aktenlesen will gelernt sein. Es ist ohne diese Uebung oft unmöglich die Riesenbände von Unfallakten durchzuarbeiten, in denen neben Geburtszeugnissen und anderen Urkunden die den Arzt interessirenden Umstände nicht selten in einer unscheinbaren Notiz niedergelegt sind. Insbesondere leisten Aerzte darin viel, in formloser Weise, auf einem kümmerlichen Rezeptformular mit flüchtiger Schrift ausschlaggebende Notizen niederzulegen. Die Aerzte sollten im eigenen Interesse bedenken, dass ihren Urkunden nicht der von ihnen gewünschte Wert beigelegt wird, wenn dieselben schon äusserlich den Stempel der Flüchtigkeit an sich tragen. Man muss dringend wünschen, dass nach dieser Richtung mehr Sorgfalt geübt wird.

Werthvoll für die Beurtheilung des Falles ist mitunter die amtliche Feststellung des Thatbestandes, die Aussagen der hierbei vernommenen Zeugen usw. Weisen diese Lücken auf, deren Ausfüllung in medizinischer Hinsicht nothwendig erscheint, so empfiehlt es sich vor Abgabe des Gutachtens eine nochmalige Vernehmung der Zeugen zu beantragen, wobei die Punkte genau anzugeben sind, deren Klarstellung erforderlich ist. Man darf jedoch niemals ausser Acht lassen, dass diese Aussagen unbeeidigt sind und dass sich dieselben später in einem Schiedsgerichtstermin oft ganz anders gestalten. Auch die subjektive Darstellung des Verletzten muss man mit der in der Unfallanzeige niedergelegten vergleichen und etwaige für die Beurtheilung der Verletzung wichtige Differenzen

der Schilderung im Eingange des Gutachtens anführen. Man muss eben bedenken, dass die Ausstellung der Unfallanzeige oft gefärbt ist vom Betriebsleiter mit Rücksicht auf die strengen Unfallverhütungsvorschriften. Es ist für die ärztliche Beurtheilung gelegentlich nicht einerlei, ob ein Mann einen oder ob er fünf Meter abgestürzt ist.

Aber auch sonst wird dem Arzt aus der Darstellung des Unfalls durch den Patienten selber manchmal erst klar, woher gewisse Beschwerden stammen. Ein Beispiel:

Ein Bergmann führte die Entstehung eines Leistenbruches, der erwiesenermassen vorher nicht bestanden hatte, auf einen Unfall zurück, den die Unfallanzeige als „Riss des Förderseils" bezeichnete; d. h. der Patient war mit dem Fahrstuhl in die Tiefe gesaust und hatte ausserdem leichte Verstauchungen an den Fussgelenken (keinen Fersenbeinbruch) und Quetschungen erlitten. Es stellte sich heraus, dass der Verletzte sich an der Decke des Fahrstuhls mit den Händen festgehalten hatte und dass so eine jähe Streckung des ganzen Rumpfes und eine Zerrung der Bauchdecken, vielleicht auch eine Quetschung an Geräten stattgefunden hatte bei dem heftigen Aufsetzen der Förderschale. Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, erschien die an sich wenig wahrscheinliche plötzliche Entstehung eines Leistenbruches sehr wohl glaubhaft.

Es ist ferner für die Beurtheilung von Verletzungen des Handgelenks — um ein weiteres Beispiel anzuführen — nicht gleichgiltig, ob der Verletzte auf die Rücken- oder auf die Handtellerseite der Hand gefallen ist.

Auch wie man den Verletzten ausfragt, ist auf die Antwort oft von grossem Einfluss. So darf man denselben nie direkt fragen: Sind Sie nach dem Fall bewusstlos gewesen und wie lange? Ein zur Uebertreibung geneigter Mensch wird dann immer bejahend antworten, er sei erst nach langer Zeit wieder zu sich gekommen. Man wird das vermeiden, indem man ihn fragt: „Nun, nach dem Sturz auf den mit Ziegelstücken bedeckten Erdboden standen Sie auf und gingen wohin, in Ihre Wohnung oder zum Arzt?" Ein wirklich bewusstlos gewesener Mensch wird dann schon ganz von selber sagen: „Ei wo! Ich wurde bewusstlos weggetragen von den Kameraden usw." Ueber die allgemeine Bewegungsfähigkeit unmittelbar nach dem Unfall, oder über die Gebrauchsfähigkeit einer Gliedmasse kann man sich nur ein sicheres Urtheil bilden, wenn man durch Fragen genau ausholt: Wie weit der Verletzte nach seiner Wohnung noch gegangen ist, wie lange er nach der Verletzung noch gearbeitet hat, welche Arbeit er dann noch zu Ende führte, ob er später vom Arzt in seiner Wohnung besucht wurde, oder ob er zu diesem in die Sprechstunde gegangen und dergl. mehr.

Die Versicherten der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft verunglücken häufig in völliger Einsamkeit, im Felde, im Walde. Dazu sind sie oft von geringen Geistesgaben, sodass es vielfach recht schwer ist, sie durch zielbewusstes Fragen so auszuholen, dass man ein wirklich scharfes, für die Begutachtung des ursächlichen Zusammenhanges verwerthbares Bild bekommt. Dazu gehört Zeit und reichlich Geduld.

Handelt es sich um die Frage, ob ein dem Unfall zur Last gelegtes Leiden schon vor demselben bestanden hat,

dann darf man es sich nicht verdriessen lassen, auf schriftlichem Wege (durch die B.-G. oder das Schiedsgericht) Nachfrage zu halten z. B. bei früheren Arbeitgebern, bei Krankenkassen, denen der Verletzte früher angehört hat, bei dem Bezirkskommando (z. B. warum X nicht Soldat geworden ist). Die genannten Organe sind zu solcher Auskunft verpflichtet.

Das Handwerkszeug des ärztlichen Untersuchers ist im Allgemeinen dasjenige, welches für gründliche klinische Untersuchungen überhaupt erforderlich ist. Der Gutachter in Unfallsachen muss aber mehr, als er dies in seiner allgemeinen Praxis etwa nöthig hat, den auf das Zentralnervensystem gerichteten Untersuchungen sein Augenmerk widmen. Selbst bei einfachen, rein chirurgischen Verletzungen ist ein kurzer Bericht über die naheliegenden Befunde an diesem angezeigt, weil sich erfahrungsgemäss so überaus häufig erst im weiteren Verlauf nervöse Erscheinungen, hysterische, neurasthenische, hypochondrische Symptome einstellen. Deshalb spielt die die Sensibilität prüfende Stecknadel eine wichtige Rolle im Gutachter-Instrumentarium, eine ähnliche der Perkussionshammer, als Auslöser der Haut- und Sehnenreflexe. Eines Dynamometers, eines Apparates zur Messung der Kraft in einer Hand, werden sich Gutachter, die gern in Zahlen schwelgen, wohl bedienen; unbedingte Zuverlässigkeit aber geht diesem Instrument entschieden ab, da man dabei auf den guten Willen des Verletzten angewiesen ist. Nützlicher ist dafür ein Instrument, das die Grifffähigkeit einer Hand in Zahlen zum Ausdruck bringt, z. B. eine von cm zu cm absatzweise anschwellende Keule. Man lässt sie in die volle Faust fassen, und giebt an, bei welchem Durchmesser der Keule die Hand noch dieselbe fest umspannen kann.

Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit verlangt zum mindesten einen Apparat für faradischen Strom; sehr oft benöthigt man auch des Konstanten, so überall da, wo die faradische Erregbarkeit aufgehoben ist, zur Prüfung auf Entartungsreaktion. Die elektrokutane Schmerzprüfung ist bei Simulanten unumgänglich und dazu Elektrode mit Unterbrecher nöthig.

Wohl am meisten gebraucht wird das Bandmass. Seine Anwendung muss, so einfach sie erscheinen mag, gelernt werden, wie jeder, der mit Assistenzärzten Unfallverletzte untersucht, erfahren haben wird. Anfängern in dieser einfachen Kunst laufen immer wieder Fehler unter, indem sie bald zu stark, bald zu wenig das Band anziehen. Es kommt insbesondere bei schlaffer Muskulatur wesentlich auf ein gleichmässig lockeres Umlegen um eine Extremität an. Eine andere Fehlerquelle ist die, dass man nicht an analoger Stelle misst, z. B. handbreit über dem oberen Rand der Kniescheibe, genauer 10 cm davon, oder an dickster Stelle der Wade, um die Knöchel, oder am Ansatz des Oberarmhebemuskels an dem Oberarm. Das Messen um das Schultergelenk, um die

Mitte des Oberschenkels ist aus dem Grunde gar nicht zu empfehlen. Immer ist es räthlich, zwei, drei Mal ein Mass zu nehmen und die Zahlen erst niederzuschreiben, wenn immer wieder dieselben sich ergeben. Es kommt bei verschiedenen Untersuchern nicht auf ihre absoluten Zahlen an, da der eine regelmässig fester anzieht als der andere und also der erstere den Umfang immer kleiner bekommt. Die Differenz ist das wesentliche, der Unterschied zwischen dem einen und dem andern Arm, wobei man darauf hinweisen mag, wie weit ein Umfangsunterschied in physiologischen Grenzen liegt. Deshalb ist auch zu beachten, ob der betreffende rechtshändig ist oder nicht.

Nicht minder wichtig als das Bandmass ist der Tasterzirkel, der uns in Zahlen die Behinderung in der Beweglichkeit der Gelenke, aber auch die Verbreiterung oder Verschmälerung gewisser mit dem Bandmass nicht messbarer Entfernungen angiebt z. B. die Verbreiterung bei Fersenbeinbrüchen, die Auseinandertreibung der Malleolen, die Verkürzung des Abstandes des Schultergelenks vom Sternoklavikulargelenk bei Schlüsselbeinbrüchen.

Auch die Anwendung des Tasterzirkels bei Gelenkversteifungen bedarf der Uebung, da man bei ungenauer Parallelstellung der Winkelmassschenkel mit der Extremitätenachse leicht zu fehlerhaften Zahlen kommt. Diese Winkelangaben aber haben ebenso wie die Bandmasszahlen bei der nachträglichen Beurtheilung, ob objektiv eine Besserung eingetreten ist oder nicht, eine grosse praktische Bedeutung.

Desgleichen macht die Photographie eine Gebrauchsbehinderung oft ausserordentlich klar, mit grösserer Treue noch als die beste Zeichnung. Man muss deshalb verlangen, dass in Heilanstalten, die eigens für berufsgenossenschaftliche Verletzte da sind, sowie in allen anderen Krankenhäusern von diesem Hilfsmittel ausgiebiger Gebrauch gemacht wird. Besserungen, Verschlimmerungen sind dadurch mühelos ad oculos demonstrirbar. Für manche Fälle ist das stereoskopische Photographiren besonders angezeigt. Viele Simulanten sind durch die Photographie aufs schlagendste überführt worden. Bogatsch berichtet von einem solchen, der eine Knickung der Wirbelsäule nach einem Fall auf den Rücken nach links beharrlich vortäuschte. Als er im folgenden Jahre zur Nachuntersuchung kam, hatte er dieselbe krankhafte Körperhaltung, aber diesmal nach rechts.

Kaum ein anderes diagnostisches Hilfsmittel vermag so gut wie die Photographie den Einfluss der Gewöhnung zu erweisen. Es ist gelegentlich wünschenswerth, den Laienschiedsrichtern mit einschlägigen Bildern zum Vergleich unter die Augen zu treten, ihnen zu zeigen, wie gewisse Fingerdefekte, viele Wirbelsäulendeformitäten gröbster Art u. A. keinerlei Erwerbsbeschränkung zur Folge haben.

Aber noch hilfreicher kommt uns bei der Begutachtung Unfallverletzter oft die Röntgendurchleuchtung bezw. -photographie zu Statten. Diese Methode wird ebenso oft unter- wie überschätzt. Viele Aerzte, welche die

Grenzen der Leistungsfähigkeit dieses diagnostischen Hilfsmittels nicht kennen, verlangen, wenn ihre eigene Diagnostik unzulänglich ist, die Röntgendurchleuchtung auch bei Körperregionen oder Verletzungsformen, bei denen sie unter allen Umständen ein Ergebniss nicht haben kann. Fissuren der Schädelbasis, leichte Verletzungen der Brustwirbelsäule sind wegen der darum liegenden kompakten Organe niemals im Röntgenbilde erkennbar. Umgekehrt wird bei Beschwerden über mangelhafte Gebrauchsfähigkeit der Gliedmassengelenke viel zu selten von den Gutachtern die Röntgendurchleuchtung zu Rathe gezogen.

Bogatsch hat sehr interessante Fingerverletzungen, die bei gewöhnlicher Untersuchung verkannt waren, im Bilde demonstrirt.

Die von Militärärzten so häufig beschriebene Fussgeschwulst kommt auch in der Unfallpraxis hier und da zur Beobachtung; sie ist erst durch die Röntgen-Methode in ihrer Natur als Fraktur der Mittelfussknochen richtig erkannt worden.

Die sogenannte typische Radiusfraktur ist nach dem Ergebniss der Röntgendurchleuchtung als eine Verletzung mit den verschiedensten Varianten anzusehen. Der Einfluss von Verletzungen, tuberkulösen oder gummösen Erkrankungen auf das Knochengewebe ist von Sudeck, Joachimsthal u. a. mittelst Röntgenbildern gelehrt worden.

Auch der Nachweis und die Auffindung von Fremdkörpern im Organismus ist durch Radiographie in überraschendem Masse gefördert; desgleichen hat man über die Heilung von Frakturen seit Einführung der Röntgenphotographie ganz andere Vorstellungen bekommen. Man hat gefunden, dass hinter den scheinbar günstigsten Heilungen keineswegs immer ideale Adaption der Fragmente steckte. Man lernte deshalb sehr bald eine viel vollkommenere Einrichtung von Knochenbrüchen mit Hülfe der Durchleuchtung.

Jeder beschäftigte Gutachter weiss, wie schwer es ist, ohne Krankengeschichte, ohne brauchbare Angaben des Verletzten manche Verletzungen an den grossen Gelenken bezw. in ihrer Nähe richtig zu diagnostiziren, ob es sich z. B. um eine Schenkelhalsfraktur allein, ob um eine Luxation des Hüftgelenks mit Abriss des Pfannenbandes und ähnliches auch am Schultergelenk handelt. Die schulgerechte Diagnose lässt uns leider bei älteren Fällen oft im Stich. Das Durchleuchtungsbild giebt in vielen, ja den meisten Fällen erst unzweideutig Aufschluss.

Aber es hat sein Missliches, wenn die Röntgenphotographie in ihren Grenzen bezüglich der Diagnostik überschätzt wird. Es passirt nicht selten, dass Aerzte Patienten an ein Institut mit Röntgeneinrichtung überweisen mit der Bemerkung: „Die Durchleuchtung allein kann sicheren Aufschluss geben über die Art der Verletzung.“ Wenn nun die Methode versagt? Und sie versagt bekanntlich bei fast allen Verletzungen der inneren Organe der Brust- und Bauchhöhle, sie versagt bezüglich sehr vieler Verletzungen der Wirbelsäule, besonders der im Brust- und oberen Lendenabschnitt gelegenen.

Nicht zuletzt sei betont, dass die richtige Deutung der Röntgenbilder auch sehr gelernt sein will; denn es ist eine ganz neue anatomische Anschauungsweise, mit der wir es hier zu thun haben. Darum sind im Anfange sehr viele irrthümliche Deutungen vorgekommen, sei es, dass man Fremdkörper in ganz anderer Tiefe vermuthete als sie wirklich sassen, sei es, dass man normale Knochenanschwellungen fälschlich für pathologische Ablagerungen hielt.

So passirte es einem in der Unfalllitteratur sehr bekannten Autor, dass er einen zweifellosen Simulanten, den er anfänglich gleichfalls für einen solchen angesprochen hatte, doch schliesslich für glaubwürdig bezüglich seiner Beschwerden hielt, weil ihm das Röntgenbild einen Befund ergab, den er für pathologisch hielt. Der Untersuchte hatte nach einer Fussquetschung leichtester Art übertrieben über Schmerzen geklagt. Viele Monate nach dem Unfalle in des Untersuchers Institut aufgenommen, lernte der Mann, bei einer gewissen Art den Fuss aufzusetzen, ein eigentümliches schnappendes Geräusch erzeugen. Er wurde mit Röntgen photographirt und, siehe da! man fand Schatten an dem Mittelfussknochen der dritten, vierten und fünften Zehe, welche als Frakturen gedeutet wurden. Man war glücklich, dem Manne nun doch noch auf Grund eines objektiven Befundes sein gutes Recht auf Rente nachträglich zubilligen zu können. Darüber aber vergass man den anderen, nicht verletzten Fuss zu durchleuchten, welcher genau denselben Schatten ergeben hätte.

Inzwischen hat sich bei allen länger mit der Ausübung der Radiographie Befassten eine anerkennenswerthe Fähigkeit in der richtigen Deutung der Bilder ausgebildet, aber vor Anfängern in der Kunst ist trotzdem noch immer zu warnen. Vor allem unterlasse man es, besonders in zweifelhaften Fällen niemals, auch das gesunde Glied zu durchleuchten.

Wer einen Verletzten mit ungesundem Aussehen vor sich hat, darf natürlich auch die Untersuchung des Urins auf Eiweiss, Zucker, auf die Merkmale eines Blasenkatarrhs nicht unterlassen. Man wird bei Leuten mit Magenbeschwerden, welche auf einen Betriebsunfall bezogen werden, das ganze Rüstzeug der Magendiagnostik, bei Lungenkranken die Untersuchung des Sputums usw., bei Anämischen die Blutuntersuchung zu Hilfe nehmen. Und wer sich in diesen Methoden nicht ganz firm fühlt, der überweise lieber solchen Patienten einem gewissenhaften Institut, als dass er ein ungenügend geschütztes Urtheil abgiebt.

Das gilt auch bezüglich jener fein ausgebildeten Untersuchungsmethoden in Bezug auf das Auge, das Ohr, das Nervensystem; denn der Praktiker kann sie nicht alle gleich gut beherrschen.

4. Das ärztliche Gutachten.

Für die in Unfallangelegenheiten abzugebenden ärztlichen Gutachten sind die im ersten Theil (s. Seite 35) gegebenen allgemeinen Gesichtspunkte ebenfalls massgebend. Derartige Gutachten lassen sich in der Regel nicht in der Sprechstunde erledigen, während im Wartezimmer noch ein Dutzend Patienten warten. Sie müssen, wie eine wissenschaftliche Leistung, mit gründlicher Ueberlegung und mit peinlichster Genauigkeit abgefasst werden. Wer sich dazu nicht die Zeit nehmen kann oder will, der soll es überhaupt ablehnen, Unfallverletzte zu begutachten, es sei denn, dass es von ihm als behandelndem Arzt, wenn auch auf Umwegen, erzwungen werden würde. Aber auch einfache Befundscheine, kurze Atteste z. B. über die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs einer Krankheit mit einem angeblichen Unfall soll der Arzt nur nach reiflicher Ueberlegung ausstellen; denn eine für den Verletzten

zu günstige Bescheinigung kann ebenso wie eine zu ungünstige die weittragendsten Folgen haben.

Einige B.-G. haben Formulare für ihre Gutachten; im Allgemeinen ist jedoch die freie Form vorzuziehen. Folgende Punkte müssen in jedem Gutachten berücksichtig werden:

1. Auf wessen Ersuchen und für wen dasselbe abgefasst ist.
2. Ueber wen (Alter, Stand, Name)?
3. Auf Grund einer einmaligen Untersuchung an welchem Tage? Einer längeren und wo erfolgten Beobachtung (z. B. vom 20. Jan. bis 3. Februar)?
4. Auf Grund welcher aktenmässigen Unterlagen?
5. Welchen Unfall betreffend?
6. Welches ist die Fragestellung der ersuchenden Instanz? Z. B. welcher Grad der Erwerbsfähigkeitsverminderung ist die Folge des Unfalls? Ob eine Besserung (Verschlimmerung) seit dem Gutachten vom (Datum) eingetreten ist? Ob der in Rede stehende Unfall als ursächlich oder ein schon vorhandenes Leiden verschlimmernd anzusehen ist? Ob ein weiteres Heilverfahren angezeigt ist? Von welchem Tage an vermuthlich die gegenwärtige Minderung der Erwerbsfähigkeit zu berechnen ist? Die Antwort auf eine oder mehrere der gestellten Fragen wird man am Schlusse unter wörtlicher Wiedergabe derselben geben.
7. Die subjektiven Klagen des Untersuchten. Hier kann man gar nicht genug eine sorgfältige Ausholung und die bis ins Einzelne genaue Wiedergabe der Beschwerden empfehlen.
8. Der objektive Befund. Dieser darf sich keineswegs blos auf den verletzten Körpertheil beschränken; es ist vielmehr unbedingt nothwendig, eine wenn auch knappe Schilderung des gesammten Gesundheitszustandes voranzusetzen. Es sind also alle Organe zu untersuchen und etwaige auch mit dem Unfall nicht zusammenhängende krankhafte Veränderungen anzuführen: Altersveränderungen, Herzfehler, Lungenerkrankungen, Magenleiden, Brüche, Residuen früherer Verletzungen, krankhafte Verhältnisse der Sinnesorgane, des Zentralnervensystems. Denn es ist eine Erfahrungsthatsache, dass Verletzte sehr oft nachträglich noch alte Leiden mit dem erlittenen Unfall in ursächlichen Zusammenhang zu bringen suchen.
9. In einer Zusammenfassung hat unter Zusammenhalt der subjektiven Beschwerden und des thätsächlichen Befundes ein wissenschaftlich begründetes Urtheil zu folgen über den Grad der durch die Unfallsfolgen geminderten Erwerbsfähigkeit bezw. der Erwerbsunfähigkeit.

H. Untersuchung und Beurtheilung der häufigeren Verletzungsfolgen.

Die Praxis der Gutachterthätigkeit ergiebt so unerschöpfliche Varianten, dass man nur ganz unvollkommen Normen selbst für die einfacheren Unfallsfolgen aus der Riesenkasuistik aufstellen kann. Dieser besonders betonte Vorbehalt gilt auch für die folgenden Erörterungen.

1. Verletzungsfolgen an den oberen Extremitäten.

Gehen wir von dem **Verlust der ganzen Hand** aus, z. B. bei Absetzung in der Mitte des Unterarms, so ist zunächst ein Unterschied zu machen, ob es die rechte oder die linke Hand ist

Der glatte Verlust der **rechten Hand** wird in der Regel auf 60 bis 75 % geschätzt. Man wird die höheren Sätze empfehlen, wenn man annehmen muss, dass Alter, mangelnde Intelligenz (Findigkeit) oder äussere Umstände erwarten lassen, dass es für den Verletzten unmöglich ist, sich künftighin noch etwas zu verdienen. Von den äusseren Verhältnissen ist es abhängig, ob man einem Arbeiter eine künstliche Hand, ob man ihm eine sogenannte „Klaue" als Prothese empfehlen soll.

Für eine durch Entzündung (Vereiterung sämmtlicher Sehnenscheiden), Zerquetschung (Bruch der Handwurzel und Mittelhandknochen, Weichtheilnarben) bedingte Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand, welche dem glatten Verlust gleichkommt, gelten dieselben Rentensätze, in der Regel sogar die höheren ($66^2/_3$—75 %), weil oft Schmerzen, leichte Lädierbarkeit in dem verkümmerten Gliede zurückbleibt.

Auch zentrale oder durch Armverletzungen bedingte Lähmungen der Handnerven (N. radialis, ulnaris, medianus) beeinträchtigen die Erwerbsfähigkeit im Wesentlichen durch die Gebrauchsunfähigkeit der Hand und sind also dem glatten Verlust der Hand gleich zu achten.

Der **Verlust einzelner Finger** berechnet sich am besten, indem man sich überschlägt, wie viel Bruchtheile des ganzen Verlustes der Hand er ungefähr ausmacht, und zwar kommt dabei das Moment der Griffähigkeit am meisten in Betracht. Ein glatter Verlust des kleinen Fingers (schmerzlose Narbe, keine Bewegungsstörung der anderen Finger) ist als erwerbsbeschränkend nicht anzusehen. Selbst der Verlust des 4. oder 3. Fingers ist gelegentlich ohne dauernd erwerbsbehindernde Folgen, besonders wenn bei der Absetzung das Köpfchen des Mittelhandknochens mit entfernt wurde. Indess gewinnt nach Entfernung des 3. oder 4. Fingers die Hand in der Regel nach längerer Zeit erst die volle Griffsicherheit wieder, und so wird man in der Regel Renten für $^1/_2$ oder 1 Jahr gewähren, jedoch nicht über 10—20 %. Der glatte Verlust des ganzen Zeigefingers hat die Bedeutung von 15—25 %, derjenige des Daumens die von 25—$33^1/_3$ %. Verlust des Daumens und Zeigefingers bedingt nahezu Gebrauchsunfähigkeit der Hand, also 40—$66^2/_3$ %. Eine Hand, an der nur der Daumen erhalten ist, ist nahezu voll zu entschädigen, 60 %; eher ist eine Hand noch etwas grifffähig, wenn nur der 4. und 5. Finger erhalten sind.

Versteifungen einzelner Finger schränken die Gebrauchsfähigkeit einer Hand oft viel mehr ein als der Verlust derselben. Deshalb muss der Gutachter seine Funktionsprüfung bis ins Einzelne schriftlich niederlegen, eventuell mit Zeichnung erläutern, eine unverhältnissmässig langwierige, ermüdende Thätigkeit, aber im Interesse der Sache dringend erforderlich!

Versteifung der Daumengelenke behindert das Einschlagen des Daumens in die Hohlhand, die Gegenüberstellung gegen die Beeren der übrigen Finger und vor Allem die Grifffähigkeit, das Festhalten eines Handwerkszeugs (siehe Untersuchungsinstrumente).

Einen ganz versteiften Zeigefinger sollte sich jeder Arbeiter im Mittelgelenk, bei schmerzhaften Narben sogar im Grundgelenk absetzen lassen. Denn seine Spitze hindert beim Zufassen, sie ist leicht verwundbar; die ganze Hand ist unansehnlich und ungeschickt. Wenn sich der Verletzte weigert, so ist die Rente mindestens derjenigen des Verlustes des Fingers gleichzusetzen.

An dem 4. und 3. Finger sind gerade Versteifungen durch Vereiterung der Beugesehne etwas sehr häufiges. Auch hier ist die Absetzung anzurathen. Fast noch hinderlicher für das Zugreifen sind Beugekontrakturen dieser Finger, die dann in die Hohlhand förmlich eingerollt liegen und so das Erfassen eines Gegenstandes unmöglich machen. In solchen Fällen wird man in der Schätzung über diejenige eines glatten Verlustes manchmal erheblich hinauszugehen haben.

Auch Versteifungen der Kleinfingergelenke in Beuge- oder Streckstellung sind, indess nur bei erheblichen Graden, zu entschädigen mit 10—15 %.

Die Gründe der Gebrauchsbehinderung einer Hand sind so komplizirt, wie der wunderbare Aufbau dieses Körpertheils und seine physiologische Leistungsfähigkeit. Man hat oft nöthig, sich in die Mechanik dieser Gliedmassen gründlich zu vertiefen, um alle Verletzungsfolgen für die Funktion zu verstehen. Für die B.-G. und die weiteren Instanzen des Rentenstreitverfahrens wird man die praktisch wichtigsten Momente der Hand- und Fingerfunktionen einzeln aufzählen. In Betracht kommt zunächst der Faustschluss; ist dieser unvollkommen, so bedarf es einer Angabe, wieviel cm. die Beeren der einzelnen Finger von der Hohlhand bei möglichster Beugung abstehen bleiben. Manchmal kann die volle Faust zwar geschlossen, aber in Folge Behinderung in dem Endgelenk können die Fingerbeeren nicht in der Hohlhand bis zur Höhe der Mittelhandknochenköpfchen zurückgezogen werden. Es bestehen aber an Arbeiterhänden darin auch Abweichungen, die nicht Verletzungsfolgen sind; deshalb muss immer die andere Hand zum Vergleich herangezogen werden.

Dasselbe gilt betreffs der Gegenüberstellung der Fingerbeeren 2—5 gegen die Daumenkuppe; groben Arbeiterhänden ist es nicht selten unmöglich den 4. und 5. Finger an die Daumenkuppe heranzubringen. Ferner ist die Beweglichkeit der einzelnen Fingergelenke (Grund - Mittel - Endgelenk), das Spreizen und Zusammenführen der Finger, die Beweglichkeit der Mittelhandknochen gegen einander, die Beweglichkeit des Handgelenks, handrückenwärts, handtellerwärts, nach der Kleinfingerseite, nach der Daumenseite, sowie Rollung der Hand zu schildern.

Alle diese Bewegungen lassen sich mit dem Tasterzirkel zahlenmässig feststellen; die gesunde Hand ist immer zum Vergleich heranzuziehen.

Die Beweglichkeit im Handgelenk ist naturgemäss von grösster Bedeutung für die Gebrauchsfähigkeit der Hand, nicht weniger fast die Drehfähigkeit (Rollung) des Unterarms.

Man giebt an, wie weit eine Behinderung des Unterarms vorhanden ist in der Rollung aus einer Mittelstellung (Daumen nach oben, bei an den Rumpf gelegtem Ober- und rechtwinklig gebeugtem Unterarm) und zwar handrücken- und handtellerwärts; normalerweise je um 90°. Auch hier ist der gesunde Arm zum Vergleich zu benutzen.

Die Daumen- und Kleinfingerballenmuskulatur ist bei gewissen Verletzungen geschwunden. Für Umfangsmasse kommen in Betracht: das Handgelenk, und die Mittelhand, über die Mitte der Mittelhandknochen gemessen.

Die **linke Hand** wird (ausgenommen bei Linkshändern) etwas geringer eingeschätzt, 50—60%. Dementsprechend sind auch die Sätze für Verlust einzelner Finger und analoge Funktionsausfälle um 5—10—15% geringer.

Bei Frauen, welche vorwiegend häusliche Handarbeit zu verrichten haben, werden Finger- und Handverletzungen im Allgemeinen etwas höher eingeschätzt als bei den Männern, die sich oft als Aufseher, Boten, Portiers und in ähnlichen Stellungen noch ein recht beträchtliches Lohn bei der Einhändigkeit verdienen, besonders wenn ihre Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit in ihrem alten Betriebe geschätzt wird.

Verlust von einzelnen Fingergliedern wird, wenn die Stumpfbedeckung gut, schmerzlos und durch die reichliche Fettpolsterung in dem bedeckenden Hautlappen widerstandsfähig ist, am 5. nie, am 4. und 3. in der Regel auch keinen Erwerbsfähigkeitsverlust bedeuten. Verlust des rechten Zeigefingers im Mittelgelenk ist mit 10—15% zu entschädigen, ebenso oder höher der Verlust des halben Daumens. Aber leider werden so ausserordentlich viele Fingerverletzungen rentenpflichtig wegen mangelhafter, für die grobe Arbeit ungeeigneter Bedeckung der Stümpfe, wegen druckempfindlicher Narben. Hier geschieht den Verletzten einerseits nicht selten Unrecht, weil der Arzt leicht die Beschwerden unterschätzt, andererseits übertreiben viele gern ihre Beschwerden oder sie sind selbst viel an denselben schuld, indem sie sich zur rechten Zeit weigerten, durch einen kleinen chirurgischen Eingriff eine gebrauchsfähigere Bedeckung des Fingerstumpfes herstellen zu lassen. Bei diesen Verletzungen (Abquetschungen der Finger) kann der erstbehandelnde Arzt ebenso wie bei sekundären Sehnenscheidenvereiterungen im Interesse des Patienten gar nicht energisch genug die Entfernung aller der Theile rathen, welche eine möglichst reaktionslose Wundheilung oder aller Voraussicht nach später den Gebrauch der Gliedmassen in Folge Versteifung behindern. Auch der konservative Zug der modernen Chirurgie hat seine Grenzen. Es ist ein anderes, ob man die Hand eines Gelehrten oder diejenige eines Handwerkers zu behandeln hat, und es ist immer zu bedenken, dass die Leute aus dem Volke, wenn sie durch Wochen und Monate in Folge von Fistel- oder Sehnenvereiterung arbeitsunfähig waren, sich, auch wenn sie täglich an die Behinderung durch einen versteiften Finger erinnert werden, zu einer harmlosen Nachoperation nicht mehr entschliessen können.

Der **Verlust** des **ganzen rechten Armes** wird gemeinhin mit 75 % veranschlagt, aber auch geringere Sätze (60, $66^2/_3$ %) und etwas höhere (80 %) kommen gelegentlich in Frage; für den linken Arm berechnet man 50—60 %, bei Frauen bis 75 %. Es ist im Wesentlichen gleichgiltig, ob der Arm dicht über dem Handgelenk oder in der Mitte des Oberarms abgesetzt ist, nur ist die Anbringung eines künstlichen Armes, der vorwiegend kosmetisch von Bedeutung ist, bei längerem Stumpf leichter, bei Auslösung im Schultergelenk oft recht schwierig.

Bei Verletzungsfolgen, wie sie nach Knochenbrüchen, Ausrenkungen im **Ellbogen-** oder **Schultergelenk**[1]) zurückbleiben, nach traumatischen Entzündungen dieser Gelenke, nach nervösen oder entzündlichen Muskellähmungen oder Schwächezuständen in Folge Nichtgebrauchs während der Behandlung zurückbleiben, richtet sich die Rentenfeststellung ganz nach dem Ergebniss der Funktionsprüfung, das deshalb im Gutachten ebenso sorgfältig niedergeschrieben werden muss, wie der Befund der anatomischen Verhältnisse z. B. einer Fraktur. Die wichtigsten Punkte, welche berücksichtigt werden müssen, sind nachstehend angeführt; Vergleichung mit dem gesunden andern Arm ist Punkt für Punkt geboten:

I. Tastbefund an der Verletzungsstelle, Knochenkittsubstanz (Callus), Reiben in Gelenken, Nachgiebigkeit oder Druckempfindlichkeit an der Frakturstelle.

II. Muskelverhältnisse.

1. äussere Form des Schultergelenkes (Atrophie der Muskeln des Schultergürtels, nämlich des Oberarmhebemuskels (M. delt.), des Kappenmuskels (M. cucullaris), des grossen Brustmuskels (M. pect. maj.), des Ober- und Untergrätenmuskels (M. supra-infraspinatus), des Schulterblattanziehers (M. subscapul – flügelförmiges Abstehen des Schulterblattes).
2. Umfang des Oberarms am Ansatz des Oberarmhebemuskels, event. in der Mitte des Oberarms, mit dem Band nachgemessen, wobei auf gleichmässige Erhebung der Arme und gleichmässige Beugung im Ellbogen zu achten ist.
3. Umfang des Unterarms dicht unter dem Ellbogen, an dickster Stelle.
4. Umfang des Ellbogengelenks, des Handgelenks.

III. Prüfung der Beweglichkeit der Gelenke.

1. Seitliche aktive Erhebung bei festgestelltem Schulterblatt, ferner mit Hilfe der Erhebung desselben; Erhebung des Arms nach vorn (in Winkelgraden auszudrücken).
2. Rollung des Oberarms. Man erhebt beide Arme seitlich so weit als möglich und misst den Ausschlag (Winkel in Graden), den der rechtwinklig gebeugte Unterarm bei der Drehung des Oberarms um seine Achse macht, normalerweise annähernd 180°.

---

[1]) Die durch Betriebsunfall bedingte Armverrenknng im Schultergelenk bei bestehender habitueller Luxation ist nicht entschädigungspflichtig (Rek.-E. v. 18. 10. 1897).

3. Wie hoch kann Pat. den kranken Arm im Rücken in die Höhe führen?
4. Beugung und Streckung im Ellbogengelenk. Kann Pat. den Mund erreichen, den Hinterkopf mit der Hohlhand berühren?
5. Drehungsfähigkeit des Unterarms um seine eigene Achse (s. Hand), Pronation, Supination.

IV. Elektrische Erregbarkeit, zunächst geprüft mit dem faradischen Strom; wo die Erregbarkeit dafür erloschen, Prüfung auf Entartungsreaktion.

V. Prüfung der Sensibilität und der motorischen Kraft, sowie der Sehnenreflexe.

VI. Vasomotorische Störungen: Hauttemperatur, blaue Verfärbungen wässrige, teigige Schwellung (Oedem) bei längerem Gebrauch oder Herabhängen des Gliedes.

Mangelhafte Gebrauchsfähigkeit des Schulter- oder Ellbogengelenks bedingt in erster Linie eine Minderung in der Gebrauchsfähigkeit der Hand, wie ja umgekehrt der Verlust der ganzen Hand demjenigen des ganzen Armes nahezu gleichgesetzt wird. Armverletzungen bei erhaltener gesunder Hand werden also immer geringere Renten bedingen; z. B. ein schmerzlos im rechten Winkel versteifter Ellbogen am rechten Arm ist mit 20% oft genügend entschädigt, giebt es doch berittene Offiziere, die damit dienstfähig sind:

Bewegungsbehinderungen im Schultergelenk, z. B. durch Fractura colli humeri sind im Durchschnitt mit 30—40% zu entschädigen; die Art des Leidens, Alter, Beschäftigungsart spielt dabei jedoch eine grosse Rolle.

Brüche des Oberarmschafts hinterlassen meist keine oder sehr geringe Erwerbsbeschränkung, ebenso Schlüsselbeinbrüche, bei denen eine schulgemässe Behandlung mit fixirenden Verbänden oft mehr Schaden anrichtet als die Fractur selber.

Unterarmbrüche sind besonders häufig; die vielfach uneingerichtet heilenden Speichenbrüche dicht am Handgelenk (Fract. epiphys-radii) hinterlassen oft eine schwere Bewegungseinschränkung im Handgelenk, welche den Gebrauch der Hand erheblich beeinträchtigt; man muss oft auf 40—50% bei der rechten Hand die Einbusse veranschlagen, während gut behandelte Radiusbrüche nicht selten ohne Folgen heilen. Spielt auch das Alter und die Art der Fraktur eine Rolle bezüglich des Heilresultats, so darf doch hier nicht verschwiegen werden, dass die wenig guten funktionellen Resultate oft auf mangelhafte Einrichtung zurückzuführen sind.

Brüche beider Unterarmknochen in der Mitte heilen oft mit kallöser Brücke zwischen beiden Knochen, wodurch nachträglich die Rollung des Unterarms schwer behindert wird.

2. Verletzungsfolgen an den unteren Extremitäten.

Bei der Begutachtung von Verletzungsfolgen an den unteren Gliedmassen kommen dieselben leitenden Gesichtspunkte in Betracht, wie bei den Arm- bezw. Handverletzungen. Hier ist es aber viel häufiger, dass beide Gliedmassen verletzt werden z. B. durch Ueberfahren. Der **Verlust beider Beine** durch

nothwendig gewordene Amputation ist in der Regel auf 100 % zu veranschlagen; denn ein Mensch mit doppeltem Stelzbein ist als völlig konkurrenzunfähig und als minimal arbeitsfähig anzusehen, da er bei jeder Fortbewegung auch seine oberen Gliedmassen anstrengen muss durch die Benutzung des Stocks bezw. der Krücken, und da er für seine Person vielfach der Fürsorge seitens anderer bedarf. Dasselbe gilt von einem Verletzten, der ein krankes Bein hatte und das gesunde durch Unfall verliert.

Ueberhaupt ist bei einseitigen Beinverletzungen immer die Beschaffenheit des anderen besonders ins Auge zu fassen. Krampfadern, wässrige Weichtheildurchtränkung, chronische Gelenkentzündung bei alten Leuten — derartige Zustände verschlimmern sich rasch, sobald das erhalten gebliebene stärker in Anspruch genommen wird wegen Erkrankung oder Verlust des andern. Das Alter des Patienten muss darum gerade bei Beinverletzung noch mehr als sonst wohl berücksichtigt werden. Für den glatten Verlust eines Beines, gleichgültig ob rechtes oder linkes, bei Amputation am Oberschenkel nimmt man gewöhnlich 75 % an. Ist die Absetzung am Unterschenkel erfolgt und kann so der Verletzte seine Stelze geschickt dirigiren, dann genügen 50, jedenfalls 60—66⅔ %, sonstige Gesundheit vorausgesetzt.

Nach Zerschmetterungen des Fusses kommt es ganz darauf an, ob das Fussgelenk beweglich geblieben ist, und wieviel Trittfläche mit widerstandsfähiger Haut noch vorhanden ist.

Im allgemeinen bedeuten Bewegungsbehinderungen an den Beingelenken eine grössere Einbusse an Erwerbsfähigkeit als solche am Schulter- und Ellbogengelenk, weil die zwangsweise Inanspruchnahme an den Armen nicht so besteht wie beim Gehen an den Beinen. Man hat demgemäss mit Schmerzen mehr zu rechnen. Der Patient kann nicht alles, was ihm schwer fällt, so vermeiden wie bezüglich der Armfunktionen, wo die eine Hand für die andere eintreten kann. Viele Verletzte mit versteiftem Fussgelenk, mit schlecht geheiltem Knöchelbruch sind schlechter dran, wie ein Amputirter mit schmerzloser Narbe in einer kurzen Stelze, besonders wenn dauernd Zirkulationsstörungen (Oedem) zurückbleiben.

So sind für die Folgen von Beinbrüchen Renten zu gewähren, die von 0 bis zu 75, ja bis zu 100 % schwanken; es lässt sich wieder nur mit weitgehendstem Vorbehalt sagen, dass man für schmerzfreie erhebliche Versteifungen im Fussgelenk 25—33⅓—40 und 50 % Rente zuspricht, dass auch ernstere einseitige Knieverletzungen ohne Komplikationen mit 30 bis 40 % entschädigt zu werden pflegen. Bei Hüftgelenksverletzungen gelten die höheren der genannten Zahlen. Aber wichtiger als sich an solche blanke Zahlen zu halten, ist es einen guten Befund und eine sorgfältige Funktionsprüfung im Gutachten niederzulegen; denn aus dieser ergeben sich Zahlen dann von selbst. Die hierbei hauptsächlich zu beachtenden Punkte sind folgende:

1. Beschreibung der Körperhaltung im Stehen und des Ganges.

Verkürzung eines Beines um 1 bis 2 cm hat funktionell gar keine Bedeutung, jugendliche Individuen gleichen auch grössere Verkürzungen mühelos aus. Beim Stehen fällt dann eine Neigung des Beckens nach dem verkürzten Beine und eine seitliche Neigung der Oberkörpers nach der andern Seite auf, an der Wirbelsäule in einer Verbiegung zum Ausdruck kommend. Diese ist bei jugendlich biegsamer Wirbelsäule leicht zu beseitigen, wenn man unter die Fussohle des verkürzten Beines soviel 1 cm starke Brettchen bringt, als die Verkürzung des Beines Centimeter beträgt. Diese Methode ist zu empfehlen, wenn man bei Bein- und besonders Hüftgelenkaffektionen im Unklaren über den Grund der Schiefhaltung des Rumpfes ist. Eine durch Beinverkürzung bedingte Skoliose lässt sich so ausgleichen zur Graden, eine echte, in der Beschaffenheit der Wirbelsäule gelegene nicht. Bei Verkürzung eines Beines steht oft die Gesässfalte tiefer.

Der lahme Gang wird von Unfallverletzten sehr gern übertrieben, man wird ihn nur dann höher veranschlagen, wenn er sich aus sonstigen Befunden erklären lässt.

Hat man es mit der Simulation Verdächtigen zu thun, so sind noch besondere Proben auf die Gehfähigkeit nothwendig. Man fordere sie auf, rückwärts zu gehen; das haben sie in der Regel nicht geübt, und so fallen sie nicht selten dabei aus der Rolle; oder man ersucht sie auf auf einen Stuhl zu treten und zwar mit dem gesunden Fuss zuerst, das müsse ja doch gehen. Es zeigt sich dann oft, dass sie thatsächlich das zum Gehen angeblich wegen Schmerzen nicht benutzbare Bein mit dem ganzen Körpergewicht belasten.

Für die Prüfung des Fuss-(Sprung-)Gelenks ist Kniebeuge mit Fersenheben und ev. nachfolgendem Schlusssprung auf der Stelle ein guter Prüfstein, doch weigern sich Uebertreiber gern dies auszuführen.

II. Untersuchung in Rückenlage auf Verkürzung des Beines und auf aktive und passive Beweglichkeit der Gelenke.

Zur Feststellung der Verkürzung ist besser als die bei frischen Verletzungen meist übliche Messung mit dem Bandmass vom vorderen Darmbeinstachel bis zum inneren Knöchel oder bis zum Kniegelenk folgende Methode: Man bringt beide vordere Darmbeinstachel (Spina ossis ilei ant.) in eine Horizontale zur mittleren Körperachse, und liest dann bei genau parallel gelegten Beinen die Längendifferenz derselben gewissermassen direkt ab, indem man die Entfernung von der Fersensohle des verkürzten Beines bis zur Sohlenhöhe des anderen misst. Stehen die Kniee auch in einer Horizontalen, dann liegt die etwaige Verkürzung im Unterschenkel.

Die Auswärts- oder Einwärtsrollung, z. B. bei Luxationen im Hüftgelenk, wird man nicht leicht übersehen.

Zur Prüfung des Hüftgelenks gehört die aktive bezw. passive Beugung des im Knie gestreckten Beines, die Rollung durch Anfassen am Fuss, die Spreizung, indem man beide Beine in den Kniegelenken möglichst stark beugt und nun die Kniee seitwärts drückt (Abduktion), die Heranführung (Adduktion), indem man die gestreckten Beine kreuzt.

Etwaige Schmerzempfindlichkeit im Hüftgelenk prüft man am unauffälligsten, indem man mit der Hand mehr oder weniger heftige Stösse gegen die Fusssohle ausführt. Durch Handauflegen auf die Hüftgelenksgegend erfährt man, ob Reiben im Gelenk besteht oder nicht.

Schliesslich kommen Verdickungen um den grossen und kleinen Rollhügel (Trochanteren), das Verhältniss des grossen zur Roser-Nelaton'schen Linie (vom vorderen Darmbeinstachel zum Sitzbeinknorren) noch in Betracht.

Beim Kniegelenk sind Verdickungen messbar. Die Beweglichkeit der Kniescheibe, geringere bei periartikulären Prozessen, grössere bei Gelenkergüssen, die Ausstülpung bei solchen, Reibegeräusche bei Bewegungen, Wackligkeit, d. h. seitliche Beweglichkeit, z. B. bei Oberschenkelbrüchen, die Streck- und die Beugemöglichkeit, mit dem Winkelmass gemessen, sind neben groben Knochenverletzungen besonders zu beachten. Der Vergleich mit dem gesunden Knie ergiebt in der Regel die Norm.

Auch am Fussgelenk lassen sich zahlenmässige Feststellungen über die Bewegungsfähigkeit machen, besonders bezüglich der Bewegung fusssohlen- und fussrückenwärts; aber auch die seitliche Bewegung und die Rollung muss mit derjenigen am gesunden Bein verglichen und schätzungsweise die Ein-

schränkung um $^1/_4$, $^1/_2$ des normalen niedergeschrieben werden. Die Verschieblichkeit der Mittelfussknochen gegen einander und die Beweglichkeit der Zehen kommt für das Gehvermögen oft erheblich in Betracht.

Hinter zahlreichen Fussverstauchungen steckt bekanntlich oft ein Bruch eines oder beider Knöchel, was sich nach Abschwellung der Weichtheile meist leicht an einer Verdickung erkennen lässt. Viel eher werden verkannt Fersenbeinbrüche, wie sie besonders entstehen beim Herabspringen oder Fallen aus der Höhe. Man erkennt sie am besten, wenn man den Patienten auf den Bauch legen lässt. Dann sieht man eine Verdickung dicht unterhalb der Knöchelanschwellung, statt der Aushöhlung des Fersenbeinhalses. Der Tasterzirkel lässt $^1/_2$—1—$1^1/_2$ cm Verbreiterung des Querdurchmessers hier, oft auch an den auseinandergetriebenen tiefstehenden Knöcheln (Malleolen) gegenüber dem anderen Bein herausmessen. Diese Kompressionsfrakturen des Fersen- oder Sprungbeins oder beider hinterlassen fast stets eine starke Minderung oder Aufhebung der seitlichen Beweglichkeit und sind oft der Grund vielfach unterschätzter Klagen.

Die beim Militär so viel beobachtete Fussgeschwulst, unter der sich in der Regel ein Bruch einer oder mehrerer Mittelfussknochen verbirgt, kommt in der Unfallpraxis verhältnissmässig selten zur Beobachtung, noch seltener Brüche der Fusswurzelknochen.

Zehenfrakturen machen beim Gehen in engem Schuhwerk oft grosse Beschwerden und die Quetschungsverletzungen der grossen Zehe mit entzündlichen Zuständen im Grundgelenk sind ebenfalls oft die unterschätzte Ursache von Gehbehinderung. Verlust der Zehen ist insoweit zu entschädigen, als die Trittfähigkeit des Fusses Einbusse erlitten hat. Bei Verlust von 2 Gliedern der dritten Zehe und beschränkter Beweglichkeit der grossen und zweiten Zehe hat z. B. das R. V. A. keine Erwerbsbeeinträchtigung angenommen (R.-E. v. 8. 10. 1898).

Auf die Gangstörungen bei schlecht geheilten Ober- und Unterschenkelbrüchen, (bei letzteren oft Klumpfussstellung,) kann hier nicht des Näheren eingegangen werden.

Plattfüssige führen gern ihre zeitweis auftretenden Schmerzen auf eine geringfügige Verletzung zurück. Es lässt sich oft durch Sohlenabdruck[1]) beider Füsse erweisen, dass die Plattfussbildung an sich nichts mit dem vorliegenden Unfall zu thun hat. Andererseits ist nicht zu vergessen, dass sich nach Fersenbeinbrüchen häufig ein Plattfuss ausbildet, auch nach manchen Knöchelbrüchen. Gerade Fersenbeinbrüche kommen aber doppelseitig vor. Bei dem traumatischen Plattfuss ist aber die seitliche Beweglichkeit im Fussgelenk fast immer im hohen Grade beschränkt, bei den rhachitischen oder habituellen dagegen nicht.

Die Klagen über Schwäche in dem verletzten Bein ist am ehesten objektivirbar, wenn sich ein Muskelschwund durch Umfangsmessung erweisen lässt. Die üblichen Messstellen sind: die Gesässfalte, 10 cm. über dem Knie und an dickster Stelle der Wade. Differenzen von weniger als $^1/_2$ cm gegenüber dem gesunden Bein haben keine Bedeutung, und es ist darauf zu achten, dass man nicht über varikōse oder ödematōse, oder über durch Knochenkittsubstanz verdickte Stellen misst. Durch solche Zustände kann eine Muskelatrophie verschleiert werden; die durch Krampfadern bedingte Verdickung darf nicht täuschen.

Endlich kommt auch hier die Prüfung der elektrischen Muskelerregbarkeit, der Empfindungsfähigkeit der Haut, der zirkulatorischen (Oedem) bezw. vasomotorischen (Hauttemperatur) Verhältnisse in Frage.

Unterschenkelgeschwüre und Krampfadern machen, wie dem Arzt überhaupt, so auch dem Unfallbegutachter viel Schwierigkeiten. Menschen, welche damit behaftet sind, führen beginnende Geschwüre oder Verdickungen oft auf kleine Unfälle zurück. Es ist dann nothwendig, auf andere Momente (dasselbe am andern Bein, alte Narben u. s. w.) hinzuweisen, welche erkennen lassen, dass diese Verhältnisse unabhängig vom Unfall sind.

Bei allen Extremitätenverletzungen kann die Röntgenphotographie oder Durchleuchtung wesentlich zur Anschaulichmachung der Verletzungsfolgen beitragen. Nicht

[1]) Ein Sohlenabdruck lässt sich am einfachsten in der Weise nehmen, dass man die Fusssohle mit Stiefelwichse bestreicht und dann auf einen Bogen weisses Papier auftreten lässt.

selten haben sich Befunde ergeben, welche scheinbar übertriebene, für ganz erheuchelt gehaltene Beschwerden durchaus wahrscheinlich machten. In allen unklaren Fällen ist also von dieser modernen Untersuchungsmethode Gebrauch zu machen; der Verletzte kann mit gutem Recht verlangen, dass, wenn es auch Geld kostet, alles zur Aufhellung geschieht, was irgend möglich ist.

Prothesen, Stelzfüsse, künstliche Beine lässt man, wo es nöthig ist, im Einvernehmen mit der B.-G. anfertigen, die die Kosten der Anschaffung wie auch diejenigen für Reparaturen dauernd zu tragen hat.

An den oberen und unteren Extremitäten spielen sich vornehmlich diejenigen Krankheiten ab, welche weniger bezüglich der Rentenabschätzung, als viel mehr bezüglich des ursächlichen Zusammenhanges den Sachverständigen gelegentlich grosse Schwierigkeiten machen: Der akute und chronische Gelenkrheumatismus, die infektiöse Knochenmark- und Knochenhautentzündung (Osteomyelitis), die Tuberkulose der Knochen und Gelenke und manche echte Neubildung (Tumoren). Von ihnen allen kann als erwiesen angenommen werden, dass ein Unfall, ein einmaliges, zeitlich begrenztes Trauma, gelegentlich eine Verschlimmerung des Leidens, verhältnissmässig selten auch eine die erste Entstehung begünstigende Bedeutung haben kann. Die Rentenabschätzung richtet sich nach dem Ergebniss der vorstehend beschriebenen Funktionsprüfung.

3. Die Verletzungen des Gesichts und des Kopfes.

Sie kommen für sich allein verhältnissmässig selten zur Begutachtung. Die Folgen von Gehirnverletzungen (siehe dort), oder traumatische Erkrankungen des Seh- und Gehörorgans (siehe unten) überwiegen meist die äusserlich erkennbare Wirkung von Unfällen. Entstellung des Gesichts durch Brand oder sonstige Narben, Pulver-, Fremdkörpereinsprengungen bei Explosionen (z. B. Bergleuten) macht die Verletzten bis zu einem gewissen Grade konkurrenzunfähig. Die dafür zu bewilligende Rente dürfte bei sonstiger Gesundheit nur in besonders schweren Fällen auf 50—60% zu veranschlagen sein. Bei schweren Kieferbrüchen oder Narben der Gesichtshaut kann die Störung des Kauvermögens eine ernste Bedeutung haben.

4. Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Neurasthenie, Hysterie (traumatische Neurose), Epilepsie, Geisteskrankheit.

Diese Erkrankungen sind besonders erschöpfend und mit Bezug auf ein selten grosses Material von H. Sachs und Freund[1]) behandelt. Sie stellen vielfach Anforderungen an die diagnostische Erfahrung und Kunst des ärztlichen Gut-

[1]) Berlin 1900; Fischers mediz. Buchhandlung.

achters, die der praktische Arzt unmöglich immer genügend beherrschen kann. Sie spielen bei allerhand Unfallserkrankungen mit herein; unendlich viele Versicherte, die lange als Simulanten oder Uebertreiber auch von Aerzten angesehen wurden, sind nachträglich erst als Nervenkranke erkannt worden. Denn wer die neurologischen Untersuchungsmethoden nicht vollständig beherrscht, wem insbesondere das Verständniss für die funktionellen Neurosen wie Hysterie, Neurasthenie, für die Zustände psychischer Depression nicht vollständig in Fleisch und Blut übergegangen ist, der kann leicht dazu kommen, mangels objektiv nachweisbarer Verletzungsspuren einem wirklich Kranken Unrecht zu thun. Mit der sogenannten „traumatischen Neurose" ist Jahrzehnte hindurch viel Unfug getrieben worden; es war ein Schlagwort aus der Kinderzeit der sozialen Gesetzgebung, und viele Aerzte stellten aus Mangel an gründlicher Kenntniss dieser Verhältnisse diese Diagnose, ohne überhaupt eine wirkliche Kenntniss von dem Wesen der Krankheit zu haben. Aber wie mit ihr, so ist es mit vielen andern Nervenleiden gegangen, mit den Folgen der Gehirnerschütterung, mit der sogenannten Rückenmarkserschütterung, die noch heute selbst aus der Anschauung anatomisch gebildeter Autoren nicht ganz geschwunden ist, mit der progressiven spinalen Muskelatrophie und anderen mehr. Auf diesem Gebiet giebt es noch viel zu thun bezüglich der ätiologischen Forschung und nur wirklich Berufene sollten dazu mit kritischem Sinn zur Aufklärung beitragen. Der praktische Arzt verfügt im Allgemeinen nicht über genügende Erfahrungen auf diesem Gebiet und hat auch selten die Zeit zu den ermüdenden Untersuchungen, die alle diese Nervenleiden fordern, wenn sie bis ins Einzelne analysirt werden sollen. Verlangen kann man nur, dass der ärztliche Gutachter die neurologischen Untersuchungsmethoden soweit beherrscht, um einsehen zu können, ob im gegebenen Falle eine Spezialuntersuchung und -Beobachtung nothwendig ist oder nicht.

Zuerst ist durch Befragen des Verletzten bezw. der Zeugen des Unfalles festzustellen, ob die erste Folge desselben ein Bewusstseinsverlust war, ob bei Schädelkontusionen Zeichen eines Basisbruchs (Blutung aus den Ohren, der Nase) die unmittelbare Folge waren. Darum ist der erste ärztliche Befund von höchstem Werth (informatorisches Attest). Die Ausholung über erbliche Belastung, früher überstandene Nervenleiden, der allgemeine Ernährungszustand, das Alter, Herzfehler bilden bei Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel-Gefühl eine grosse Rolle. Die subjektiven Beschwerden sind oft übertrieben, selten simulirt. Der Umstand, wie dieselben vorgebracht werden, ist oft sehr charakteristisch. Glaubwürdige Kranke geben stets gleichmässig und mit fühlbarer Sicherheit Schmerzen in einem ganz bestimmten Bezirk an und meist so, dass man sich ein anatomisches Bild von den schmerzhaften Nerven machen kann. Der Uebertreiber und besonders der Simulant klagt über Schmerzen, die bei abgelenkter Aufmerksamkeit schwinden. Der

Gang der Untersuchung ist sodann folgender: Man lässt nach Niederschrift der subjektiven Beschwerden, welche die Beobachtung des Untersuchers bereits für gewisse Dinge schärfen, den Verletzten gehen, niedersetzen mit geschlossenen Augen stehen und gehen. Das Romberg'sche Phänomen versucht jeder Kranke, der zu Unrecht über Schwindel klagt. Es ist überaus wichtig, sich in der Beurtheilung des Schwankens bei geschlossenen Augen Erfahrung zu sammeln. Nur sehr geschickte Simulanten können einen sachverständigen Arzt darüber täuschen. Man muss, wo man dies vermuthet, von der Untersuchung auf Romberg nach kurzer Zeit abgehen, etwas anderes prüfen und dann anscheinend auf die Augenuntersuchung zurückkommen, dabei auch beide Augen schliessen lassen. Bei wirklichem Romberg weigern sich die Patienten in der Regel die Augen zu schliessen, aus Furcht, zu fallen, bei simulirtem thun sie es und machen den Versuch sich hinfallen zu lassen meist in einer Weise, dass man ihre Vorsicht herausempfindet, sich beim Fallen nicht zu verletzen. Echter Romberg macht sich auch in Rückenlage geltend, und z. B. wenn der Patient sich das Hemd über den Kopf zieht und so seine Augen verhüllt. Die Lichtstarre der Pupillen, etwaige Differenz in deren Weite, Lähmungen der Bewegungsmuskeln sind leicht und rasch geprüft. Auch eine grobe Gesichtsfeldprüfung darf man nie unterlassen (siehe oben). Schwindelgefühl bei extremen Kopfstellungen (nach oben links, rechts etc.) ist bei otitischen Hirnaffektionen besonders häufig. Die Zunge zittert in der Regel stark bei Potatoren, die geschlossenen Augenlider vielfach bei Neurasthenikern. Fibrilläre Zuckungen, Schlaffheit und Ausdruckslosigkeit der mimischen Muskeln sind zu beachten, Gesichts- und Gehörprüfungen nie zu unterlassen. Druckempfindlichkeit an den Oberaugenhöhlennerven ist ein häufig einseitiges, darum besonders wichtiges Symptom. Die Prüfung des Pulses beim Bücken, bei Anstrengung, die Prüfung der Sensibilität am Kopf, am Rumpf, an den Beinen muss mit Sorgfalt vorgenommen werden, da man sonst umschriebene Störungen häufig übersieht. Man prüft nach einander die Empfindung für Berührung und Druck, für leichte Nadelstiche und — etwa durch Auflegen eines kalten, metallenen Gegenstandes — die Temperaturempfindung. Macht der Patient die Angabe, dass er an einer Stelle nicht die richtige Empfindung hat, dann wird man eine sorgfältigere Prüfung selbst machen oder einen Neurologen ausführen lassen. Diese Untersuchung wird natürlich nur nothwendig, wenn Klagen des Verletzten Anlass dazu geben, oder wenn der Allgemein-Eindruck darauf hinweist oder die Art der Verletzung. Z. B. sollten Spontanfrakturen der grossen Röhrenknochen, monartikuläre, im übrigen aus dem Trauma nicht recht erklärliche chronische Gelenkentzündungen (Arthropathie) immer zur Untersuchung auf Tabes, Syringomyelie, die viel häufiger ist, als man früher geahnt hat, ebenso wie auf Syphilis, Veranlassung geben. Es ist recht unerfreulich, wenn ein Nachgutachter erst diesbezügliche Fest-

stellungen macht. Betont sei aber hier mit allem Nachdruck, dass es für die typischen Erkrankungen des Nervensystems, wie Tabes dorsalis, progressive Paralyse, multiple Sklerose, spastische Spinalparalyse, amyotrophische Lateralsklerose, progressive Muskelatrophie, Paralysis agitans, Syringomyelie noch in keinem einzigen Falle sicher erwiesen ist, dass ein Unfall, sei es eine schwere Quetschung des Gehirns oder Rückenmarks oder eine leichtere, durch allgemeine Erschütterung des Körpers allein für sich eine dieser Krankheiten hervorgerufen hat, soviel auch in der Litteratur davon zu lesen steht, selbst von der Hand bekannter Autoren. Insbesondere kommt erfreulicherweise der Begriff der Rückenmarkserschütterung bei allen kritischen Köpfen immer mehr in Misskredit. Die Krankheitsbilder nach schwerer Rückenmarksquetschung (Myelodelese; Kienböck) ähneln wohl gelegentlich einem jener Typen; sie sind aber ätiologisch von ihnen sehr weit verschieden.

Die Untersuchung der Reflexe hat sich im Allgemeinen zu erstrecken auf: Kniescheibenband- und Achillessehnenreflex, Fusssohlenkitzel und -stichreflex, Bauchdecken- und Hodenreflex, sowie auf den Hornhaut- und den Rachenkitzelreflex.

Bei der Funktionsprüfung der Extremitäten wird man zu beachten haben, ob sie lediglich aus der Thatsache peripherer Verletzungen oder darüber hinaus aus spinaler radikulärer oder zentraler Erkrankung zu erklären sind. Die Prüfung auf motorische Schwäche (Adynamie) ist häufig nicht leicht; hier muss man oft scharf die Hantirungen des Untersuchten ausserhalb des Rahmens der Untersuchung beobachten, da solche Patienten vielfach Täuschung versuchen, und es schwer ist, dies objektiv zu erweisen.

Unmöglichkeit, sich zu bücken, wird besonders gern von Verletzten angeführt; dann muss man sie auf dem Untersuchunglager in ihnen ungewohnte Stellungen bringen, statt sie stehen oder sitzen zu lassen, und daraus entnehmen, ob ihre Angaben auf Wahrheit beruhen oder nicht.

Das Zittern macht, wie das Romberg'sche Phänomen, auch dem geübtesten Untersucher bezüglich der Beurtheilung Schwierigkeiten. Am häufigsten ist der Tremor der Zunge und der gespreizten Finger an den erhobenen Händen bei Alkoholisten. Bei Hand- und Armverletzungen ist er oft durch eine Muskelschwäche bedingt, ebenso wie bei Hemiplegikern und bei Entkräfteten nach langen Krankenlagern. Wunderliche Erscheinungsformen aber kommen besonders bei Hysterischen vor und werden häufig für Simulation angesehen; besonders wenn der ärztliche Untersucher die Wahrnehmung gemacht hat, dass der Patient ausserhalb der Untersuchung dieses Zittern nicht an sich hat. Hier gilt es ganz besonders, auf anderweitige hysterische Stigmata zu fahnden. In der Ruhe schwindet der hysterische Tremor oft für längere Zeit, oder er tritt in einem Gliedmasse nur bei bestimmter Haltung desselben auf. In der Regel kommt man

nur bei längerer Beobachtung dahinter, ob beabsichtigte Täuschung oder hysterische Veranlagung vorliegt.

Dass die Gemüthsstimmung, psychische Depression, Reizbarkeit nicht zu unterschätzende Symptome bei Nervenkranken sind, bedarf kaum der Erwähnung. Bei Neurasthenikern, Hypochondern, Melancholikern ist nicht selten ein psychisches Trauma ohne jedes körperliche als Krankheitsursache feststellbar (Schreckneurose). Ein bekanntes Beispiel ist der Lokomotivführer, dem es bei einem drohenden Eisenbahnzusammenstoss gelingt, durch Geistesgegenwart das Unglück zu vermeiden, aber hinterher für seinen Beruf untauglich wird, weil er bei allem, was mit diesem zusammenhängt, von Angst beherrscht wird.

Ausser dieser Einwirkung durch Schreck und deprimirende Vorstellungen, wie wir sie oft bei Menschen mit besonders ausgebildetem Verantwortlichkeitsgefühl finden, kommt auch der Einfluss körperlicher Unfallsfolgen auf die Geistesthätigkeit bei vielen Verletzten in Frage.

Neurasthenie ist verhältnissmässig selten, **Hysterie** sehr oft die Folge von Betriebsunfällen, besonders die Polen der östlichen Bezirke des Deutschen Reiches stellen ein grosses Kontingent. Von folgenschwerer Bedeutung ist oft das Verhalten des erstbehandelnden Arztes, der dadurch, dass er zu erkennen giebt, er halte den Zustand eines Verletzten für sehr schlimm, schweren Schaden stiften kann. Aufmunternde, den Muth, die Hoffnung auf Wiederherstellung hebende psychische Behandlung kann gar nicht genug dem behandelnden Arzt wie dem Gutachter empfohlen werden; jedes warnende Wort trägt ein psychisch labiler Mensch wie ein immer fort wirkendes Gift in seiner Seele. Man warne gelegentlich vor allzu häufigen Untersuchungen. Andererseits darf man die Besserung dem Patienten selber nicht in allzunahe Aussicht stellen, damit er nicht verzweifelt, wenn sie nach dieser Frist ausbleibt. Die psychische Infektion ist keine seltene Erscheinung. Man erlebt es, dass Leute, welche in einer Poliklinik behandelt wurden, nach einander die gleichen hysterischen Symptome bieten, dass aus einem polnischen Dorf vier Personen hinter einander nach ganz harmlosen Verletzungen schwere Hysteriker mit gleichartigen, oft ganz wunderlichen Krankheitsbildern werden!

Neurasthenische bedürfen der Schonung, umgekehrt ist bei Hysterischen ein gewisser Zwang zur Arbeit das beste Heilmittel; deshalb sind beide Zustände zunächst genau zu unterscheiden. Die Höhe der Abschätzung gehört nach Sachs und Freund bei den genannten Krankheitszuständen recht eigentlich mit zur Therapie, sie ist ein wesentlicher Bestandtheil der letzteren. Neurastheniker sollen also eher hohe Renten bekommen; erst nach längeren Fristen mag man bei nachweisbarer Besserung sie reduziren. Hysterische bedürfen nur bei schweren Lähmungen oder Kontrakturen manchmal der Vollrente.

Bei den Hysterikern kommt es wie bei Epileptikern auf die Zahl und Art etwaiger Krämpfe an, die sie nur schwer Arbeit finden lassen und für gefährliche Arbeit überhaupt ungeeignet machen. Leichte Hysterien aber soll man durch Zubilligung nur kleiner Renten ($33^1/_3$ %) zu bessern suchen; haben sie von der Rente zu leben, dann raffen sie sich nie wieder ganz auf zur Berufsarbeit. Die Ansichten der Autoren sind darüber freilich noch nicht ganz übereinstimmend, die Praxis in versicherungsrechtlichen Angelegenheiten lehrt aber die obigen Erfahrungssätze.

Echte **Geisteskrankheiten** kommen nach schweren Kopfverletzungen vor, sie haben keine Eigenart gegenüber andern und werden dem Gutachter keine Schwierigkeiten machen. Weniger leicht ist es oft, bei hereditär Veranlagten den Einfluss eines Betriebsunfalls auf eine sich unmittelbar oder nach längerer Frist entwickelnde Geistesstörung abzuschätzen[1]) Geisteskranke sind in der Regel als voll erwerbsunfähig anzusehen, solange sie Krankheitszeichen haben; als erwerbsfähig, wenn sie wieder frei sind von psychischen Störungen.

Das **Delirium tremens** der Gewohnheitstrinker kommt erfahrungsgemäss oft durch eine Verletzung zum Ausbruch; es wird z. B. bei Unterschenkelbrüchen häufig als mittelbare Unfallfolge anzuerkennen sein. Dass aber auch hierfür und für die im Delirium etwa zugezogenen Verletzungen das R.-V.-A. eine streng individualisirende Beurtheilung bezüglich des ursächlichen Zusammenhanges verlangt, geht aus folgender Rek.-E. v. 17. 2. 1894 hervor:

Es handelte sich um einen notorischen Trinker, der nach einer harmlosen Fussverletzung wahrscheinlich im Delirium aus dem Fenster gesprungen und sich schwere Verletzungen zugezogen hatte.

„Es kann nicht anerkannt werden, dass der Ausbruch des Deliriums durch den Betriebsunfall veranlasst worden ist. — Die nicht erhebliche Verletzung vom 7. 3. 1893 war nach der Aussage des Dr. K. bereits in den ersten vier bis fünf Tagen nach dem Unfall soweit geheilt, dass der Kläger sich mit Hülfe eines Stockes ausser dem Bett bewegen konnte; Fiebererscheinungen sind bei ihm nicht konstatirt worden, namentlich kein Entzündungsfieber, bei dessen Auftreten nach dem Gutachten des Dr. K. das Delirium tremens leicht ausbricht. Wiederholt hat der Kläger früher am Delirium tremens gelitten, ohne dass eine äussere Verletzung der Anstoss zum Ausbruch der Krankheit gewesen wäre. Es kann daher das Delirium tremens auch in diesem Falle ohne jeden Zusammenhang mit der am 7. 3. 1893 erlittenen Verletzung ausgebrochen sein; jedenfalls ist ein solcher Zusammenhang nicht nachgewiesen oder wahrscheinlich gemacht. — Der Rekurs war demnach zurückzuweisen."

Der **epileptische Anfall** bietet der Begutachtung oft grosse Schwierigkeiten. Eine einmalige Untersuchung liefert dabei meistens kein Ergebniss; es ist daher in der Anstaltsbeobachtung festzustellen, ob die Anfälle überhaupt epileptische sind (simulirte, hysterische, alkoholistische), wie oft sie auftreten u. s. w. Eine genaue Anamnese ergiebt in der Regel, dass echte epileptische Anfälle, diejenigen bei nachgewiesener Verletzung des Schädeldaches (Jackson's Epilepsie) ausgenommen, mit einem Betriebsunfall ursächlich nicht in Beziehung stehen.

[1]) Siehe auch S. 386.

Es handelt sich in der Regel darum, ob bestehende Epilepsie durch einen Unfall verschlimmert worden ist oder nicht, eine kaum beantwortbare Frage, wenn man den Kranken vorher nicht behandelt hat; ferner kommt es gelegentlich vor, dass ein Epileptiker im Betriebe einen Anfall bekommt und sich irgend welche Verletzungen zuzieht Mit Bezug darauf sagt das Handbuch der Unfallversicherung S. 36:

„Wenngleich hier ein inneres Leiden des Klägers die erste Ursache des Unfalls war, so muss doch der Umstand, dass die Arbeiter bei einem Hinfallen in den Betriebsräumen der Gefahr ausgesetzt sind, in Maschinentheile, herumliegende Materialien, Erzeugnisse oder Rückstände des Betriebes zu stürzen, und sich daran zu verletzen, den Gefahren des Betriebes zugerechnet werden, die somit hier eine wesentlich mitwirkende Ursache des Betriebsunfalles bilden."

Bei Epilepsie wird man die Einbusse an E.-F. je nach der Zahl und Schwere der Anfälle abzuschätzen haben. Treten solche täglich oder annähernd täglich auf, so ist völlige Erwerbsunfähigkeit anzunehmen, treten sie alle Wochen auf, so 75%, alle Monat 50%, wenn in noch längeren Zwischenräumen 20—35%. Dabei kommt natürlich die Berufsart ausserdem in Betracht.

5. Gehirnschlag und Unfall.

Der Gehirnschlag (Apoplexia sanguinea und Embolia cerebri) beschäftigt den Sachverständigen nicht selten, indem in der Praxis oft die Frage entsteht, ob der plötzliche Tod eines Versicherten in ursächlichem Zusammenhange steht mit einem Unfall oder nicht. Hier ist es ausschlaggebend, ob die Thätigkeit, bei der der Schlaganfall sich ereignete, eine aussergewöhnliche war; einfaches Bücken, Heben einer auch sonst oft gehobenen Last kann wohl als Ursache der Hirnblutung angesehen werden, aber diese ist dann als eine gewöhnliche Entwicklung einer dem Erkrankten, bezw. Getöteten innewohnenden natürlichen Krankheitsanlage aufzufassen" (Rek.-E. d. R.-V.-A.), die auch zu Hause, zum Beispiel beim Pressen zum Stuhlgang eintreten konnte. Natürlich ist dann auch der Nachweis zu erbringen, dass das Blutgefässsystem durch Altersatheromatose, allgemeine Arteriosklerose, Diabetes, Syphilis zur Berstung der Hirngefässe veranlagt war. Wo alsbald Ansprüche auf Unfallrente gemacht werden, ist die Obduktion zu veranlassen; doch viel häufiger erheben die Hinterbliebenen ihre Ansprüche viel zu spät, als dass diese noch ein Ergebniss haben könnte. Dann ist man meist auf die Akten angewiesen und damit lediglich auf die Zeugenaussagen über die Art des Unfalls. Es lassen sich da Gesetze im Allgemeinen nicht aufstellen; man muss von Fall zu Fall entscheiden unter logischer Abwägung aller gegebenen Momente.

6. Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks.

Die Verletzungen des Rückenmarks und der Wirbelsäule machen oft Lähmungen, die man nach gleichen Gesichtspunkten zu schätzen hat wie die Extremitätenverletzungen. Die Ver-

änderung der statischen Verhältnisse des Rumpfes bei Kompressionsfrakturen der Wirbelkörper und der dauernde Schmerz bei Belastung und Bewegung ist vielfach der Grund neurasthenischer Erscheinungen bei solchen Patienten.

Leichte Kompressionsfrakturen können ohne Symptome von Markverletzung zustande kommen; sie machen gelegentich überhaupt erst nach Wochen oder Monaten ernstere Beschwerden, wenn der Verletzte nach längerer Schonung die alte Arbeit wieder aufnimmt. Man hat nach den Ausführungen von Kümmell bisher für diese Fälle einen entzündlichen Prozess im Wirbelkörper (Spondylitis traumat.) angenommen, indes mit Unrecht.

Es ist oft nicht leicht, von einer Wirbelsäulenverkrümmung zu sagen, ob sie traumatisch ist oder nicht. Die traumatischen kennzeichnen sich durch enge Begrenzung der Versteifung auf einem kleinen Abschnitt der Wirbelsäule.

Die Einbusse an E. F. richtet sich nach der Funktionsfähigkeit der Beine in erster Linie. Sodann kommen die oft ekelerregenden Folgen der Blasenlähmung, die dadurch bedingte allgemeine Gefährdung und endlich die Tragfähigkeit und Beweglichkeit der gebrochenen Wirbelsäule in Betracht. Die Grösse des Gibbus ist kein Maassstab für die Bewegungsbehinderung. Irgend welche Normalrentensätze lassen sich nicht aufstellen.

7. Verletzungen des Auges und deren Folgen.

Viele Ophthalmologen haben sich bemüht, mit mathematischer Genauigkeit die Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen des Sehorgans zu berechnen (Magnus, Groenouw und andere). Diesem Verfahren haften aber trotz aller scheinbaren Genauigkeit, trotz komplizirter Wurzel- und Logarithmenrechnung doch noch mancherlei Mängel an. „Mit lebendigen Erscheinungen lässt sich nicht wie mit einer toten Materie Mathematik treiben." (Ammann). Man muss mit Magnus bezüglich der Augenverletzungen die Versicherten eintheilen in solche mit höheren und solche mit geringeren optisch-erwerblichen Ansprüchen.

Was die zentrale Sehschärfe betrifft, so giebt es nur wenige Arbeiten, die mit 0,75 der wissenschaftlichen Sehschärfe nicht ebensogut ausgeführt werden könnten, wie mit voller Sehschärfe. Für gröbere Beschäftigung ist eine Sehschärfe von 0.5 gleichbedeutend mit voller Sehschärfe = erwerbliche Sehschärfe; Zimmerleute, Maurer, Schmiede können immer noch die Millimetereintheilung auf dem Maassstabe sehen und Senkblei und Richtscheit genau handhaben. Die nicht besonders vorgebildeten Arbeiter, Lastträger, Erdarbeiter sind auch bei noch geringerer zentraler Sehschärfe nicht behindert.

Die Minderung des peripheren Sehens (Gesichtsfeldeinschränkung bei zerebralen Läsionen, Hysterie, Neurasthenie) behindert bei der Arbeit nicht, sofern nur die äussere Zone von 60—90° betroffen ist. Höhere Grade der Gesichtsfeldeinengung kommen in der Regel nur bei schwerer Gehirn-

verletzung, durch stumpfe Gewalt gegen den Schädel vor, dann fallen aber die übrigen Beschwerden so ins Gesicht, dass die Beschädigung des Sehvermögens daneben von untergeordneter Bedeutung ist.

Der Verlust des stereoskopischen Sehens kommt vornehmlich bei **Verlust eines Auges** in Betracht, bei dem aber meist eine weit grössere Rolle die Minderung der Konkurrenzfähigkeit besonders bei etwaiger Entstellung spielt. Bezüglich der in der ophthalmologischen Litteratur viel diskutirten Einäugigkeit beziehen wir uns auf die lesenswerthe Schrift von Ammann.[1]) Die Statistik ergiebt: Die Lohnbeschädigung aller Einäugigen beträgt im Durchschnitt 17,50%. Bleiben sie bei ihrer früheren Beschäftigung, so verlieren sie nur 7,5% durchschnittlich von ihrem früheren Lohn. Wechseln sie dagegen ihre Stelle, so steigt die Lohnbeschädigung auf durchschnittlich 24,1 %. Man muss unterscheiden zwischen Verletzungen mit auffallendem, und solchen mit nicht auffallendem bleibendem Nachtheil. Die Entstellung, der Eindruck der Minderwerthigkeit ist oft ein viel grösserer, als die thatsächliche Einbusse an Arbeitsfähigkeit. Nicht entstellender Ausfall eines Auges wird in der Regel bei der Annahme zur Arbeit gar nicht bemerkt, selbst nicht, wenn ärztliche Untersuchung vorgeschrieben ist, da diese meist nicht eingehend genug ist. Deshalb empfiehlt es sich, die Erwerbsbeschädigung durch verminderte Konkurrenzfähigkeit allein auf 5 % im Mittel, auf 10 % im Maximum einzuschätzen.

Ammann schätzt die totale Vernichtung aller Funktionen eines Auges, wobei aber der Augapfel erhalten, eine grössere Entstellung nicht zu Stande gekommen und stereoskopisches Sehen für die Berufsarbeit nicht erforderlich ist, auf 15—20 %; man braucht dabei als Erwerbsbeschädigung nur diejenige Minderung des Einkommens veranschlagen, die als Folge der Massregeln entsteht, welche der Verletzte zur Schonung seines anderen Auges zu treffen hat.

Ist im gleichen Falle der Augapfel entfernt, so erhöhe man den Satz um 5—10 % mit Rücksicht auf die geminderte Konkurrenzfähigkeit.

Hat der Verletzte einen Beruf, dessen Ausübung ohne stereoskopisches Sehen sehr schwer oder gar nicht möglich ist, ist er aber noch jung und steht zu erwarten, dass er in 1—2 Jahren dasselbe grösstentheils wieder erlernt haben wird, so ist die Erwerbsbeschädigung in den ersten Jahrgängen auf 25 bis 35 %, in Ausnahmefällen sogar noch höher zu schätzen. Ist ein solcher Verletzter alt und sonst schwer begreifend, so kann diese Erwerbsbeschädigung event. eine dauernde sein.

Das Reichs-Versicherungsamt hat in der seitherigen Rechtsprechung unbeirrt daran festgehalten, dass jedenfalls bei allen sogenannten qualifizirten Arbeitern der Verlust eines Auges eine von einem Drittel Erwerbsunfähigkeit nicht wesentlich abweichende Schädigung bedeutet . . . „Wie auch von augenärztlicher Seite anerkannt wird, bringen die Einbusse des binokularen-

[1]) Die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit durch Unfallverletzungen des Sehorgans 1900.

Sehens, dass heisst der Fähigkeit, die Gegenstände nach ihrer Körperlichkeit wahrzunehmen, und damit zugleich die Grössenverhältnisse und Entfernungen abzuschätzen, sowie die Minderung der Vollständigkeit des Gesichtsfeldes regelmässig eine mehr oder minder ins Gewicht fallende Behinderung der Arbeitsfähigkeit und damit eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit mit sich, die auch in den Fällen besteht, in welchen der Verletzte denselben Lohn wie vor der Verletzung weiter bezieht. Abgesehen von dem Verluste des binokularen Sehens und der Einbusse an zentraler Sehschärfe kommt aber als Folge der Einäugigkeit noch eine weitere Schädigung der Erwerbsfähigkeit in Betracht, die in neuerer Zeit zutreffend als Beschränkung der Konkurrenzfähigkeit bezeichnet worden ist. Sie umfasst zum Theil die vom Schiedsgericht schon hervorgehobenen Nachtheile, ferner alle sonstigen Umstände, die einem Einäugigen den Wettbewerb mit ebenso qualifizirten Zweiäugigen beim Arbeitsangebot erschweren. Hier spielt insbesondere die zum Theil bestehende Abneigung mancher Arbeitgeber, einäugige Arbeiter einzustellen, eine erhebliche Rolle. Verliert also ein einäugiger Arbeiter seine Arbeitsstelle, so muss er damit rechnen, in einem nicht zu geringen Bruchtheil von Fällen, lediglich seiner Einäugigkeit wegen, obwohl für ihn passende Arbeitsgelegenheit vorhanden ist, als Bewerber um einen Arbeitsposten zurückgewiesen zu werden" (Rek.-Entsch. v. 17. Dezbr. 1896).

Beim Verlust der Linse kommt es auf den Verlust des stereoskopischen Sehens und auf den Grad der Entstellung an. Ist ersteres für den Beruf unwesentlich und liegt eine Entstellung nicht vor, so schätzt Ammann die Erwerbsbeschädigung gleich Null. Ist das stereoskopische Sehen dagegen unerlässlich, ein Lernen desselben später nicht mehr zu erwarten und besteht eine starke Entstellung, so nimmt er eine Erwerbseinbusse von 15 bis 20 und 3 bis 5 = 18 bis 25% an. Lernt ein jugendlicher Verletzter voraussichtlich das stereoskopische Sehen und besteht keine Entstellung, so ist die Erwerbsfähigkeit kaum höher als um 5—7% geschädigt. Hat die Operation des Wundstaares kein genügendes Resultat gehabt, d. h. ist die Sehschärfe mit dem entsprechenden Konvexglase nicht mehr auf eine Stufe zu bringen, die zur Ausübung des betreffenden Berufs noch genügen würde, so ist der Verletzte gleich einem Einäugigen zu behandeln mit dem Unterschiede, dass event. keine Behinderung der Konkurrenzfähigkeit in Betracht kommt.

Ist ein Auge blind, und erleidet das andere eine Beschädigung des zentralen Sehens, so ist die Einbusse an Erwerbsfähigkeit so zu veranschlagen, wie wenn beide Augen die gleiche Verletzung erlitten hätten. Ist ein Auge sehschwach und das gesunde wird geschädigt, so kommt es darauf an, ob die Herabsetzung über der Sehschärfe des schwachen Auges bleibt oder noch weiter geht. Im ersteren Falle kommt das sehschwache gar nicht in Betracht, im andern wird die Sehschärfe des nicht verletzten, aber schwachen Auges für die Entschädigung herangezogen, event., wenn die Verletzung die Sehschärfe des gesunden Auges auf Null herabsetzt, ist noch zu berücksichtigen, dass sich der Patient wie ein Einäugiger Schonung bezüglich des besseren auferlegen muss.

Glaukomgefahr oder die Gefahr der sympathischen Erkrankung des zweiten Auges ist nicht zu entschädigen; die Erhöhung der Rente erfolgt erst, wenn Glaukom oder Panophthalmie eingetreten ist.

Im Allgemeinen wird man die Begutachtung den Augenärzten überlassen, aber oft ist die Augenverletzung nur eine von zahlreichen Unfallfolgen, und dann muss man den Augenbefund mit berücksichtigen. Es wäre sehr erwünscht, wenn die Ophthalmologen auch endlich dahin kämen, ihre Befundatteste in einer, wenn nicht stets auch dem Laien, so doch wenigstens jedem Arzt unbedingt verständlichen Art abfassen wollten, was zur Zeit leider noch nicht der Fall ist, denn fast jede Schule hat ihre besonderen Technizismen. Dies sollten sich die B.-G. und die Schiedsgerichte nur nicht gefallen lassen, dann würde es bald anders werden. Von der Vorschrift, dass die Gutachten auch dem Laien verständlich sein sollen, bleiben jedenfalls die augenärztlichen zur Zeit noch weit entfernt.

Die Gesichtsfeldprüfung ist bei allen der Hysterie und der Neurasthenie verdächtigen Patienten wie auch bei Schädelverletzungen mit grösster Sorgfalt vorzunehmen. Wem ein Perimeter nicht zur Verfügung steht, der mag sich mit einer groben Prüfung genügen lassen, indem er sich vor den Patienten hinstellt und seine (des Untersuchers) Nasenspitze fixiren lässt und prüft, wie weit ein Finger oder ein glänzender Gegenstand im Umkreise gesehen wird, oder er mag an einer Wand das Gesichtsfeld eintragen. In wichtigen Fällen muss er den Augenarzt zu Rathe ziehen.

Die Prüfung der Pupillenreaktion, der Augenmuskelbewegungen, der Hornhautreflexe bei Nervenleiden, ist nicht zu verabsäumen. Verletzte, die Sehstörungen simuliren, sind oft nur durch die erfahrendsten Augenärzte zu entlarven.

8. Störungen des Gehörorgans.

Recht sorgfältige Untersuchung erfordert auch das Gehörorgan bei Unfallverletzten. Hier wird viel gefehlt durch allzu oberflächliche Prüfung oder gar durch Unterlassung derselben. Man vermisst selbst bei Verletzten, die in grossen wohlgeleiteten Krankenhäusern behandelt wurden, nicht selten Befundsnotizen über das Gehörorgan, selbst bei Schädelverletzten. Man sollte Ohrensausen, Schwindelgefühl und dergleichen nie auf Kopfverletzungen beziehen, ohne das gereinigte Ohr zu spiegeln; nicht selten findet sonst ein Nachgutachter einen Ohrenschmalzpfropf als Ursache der Beschwerden. Es ist auch scheinbar geringfügigen Klagen über das Gehör sorgsamer nachzugehen; denn nach Wochen und Monaten ist es in der Regel unmöglich, von einer Narbe oder einer Perforation im Trommelfell mit Sicherheit zu sagen, ob sie traumatischen Ursprungs, oder ob sie durch alte entzündliche Prozesse bedingt sind. Auch ein wahrheitsliebender Patient weiss sich oft auf überstandene Ohrenleiden nicht zu erinnern.

Die Einbusse an Erwerbsfähigkeit hängt ab von dem Hörvermögen und von Störungen des Allgemeinbefindens.

Ueber die Bewerthung der Schwerhörigkeit hat sich das R.-V.-A. (Rek.-E. vom 30. 3. 1900) folgendermassen geäussert:

„Bei der Frage, ob einseitige Schwerhörigkeit einen nachtheiligen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit ausübt, kommt es in erster Linie nicht darauf an, ob die Besonderheiten des vom Verletzten ausgeübten Berufes gutes Gehörvermögen verlangen, sondern darauf, in welchem Maasse ein derartiges Leiden die Erwerbsfähigkeit eines gewerblichen Arbeiters im Allgemeinen beeinträchtigt, denn die Ansprüche des allgemeinen Arbeitsmarktes sind massgebend. Das Gehör ist in vielen Berufen nicht wichtig, in vielen aber zur Beachtung von Gefahren für sich und andere nothwendig. Das Feld zur Bethätigung einer solchen schwerhörigen Person ist also beschränkt. Deshalb soll im Allgemeinen bei einseitiger erheblicher Schwerhörigkeit 10% Unfallrente zugebilligt werden."

Als taub muss man einen Patienten bezeichnen, der Sätze der gewöhnlichen Unterhaltungssprache in der Nähe des Ohrs nicht mehr versteht. Einseitige Taubheit bedeutet nicht immer eine Einbusse an Erwerbsfähigkeit, unter besonderen Umständen wird man sie mit 20—30 % entschädigen müssen. Doppelseitige Taubheit wird man auf 50 % zu veranschlagen haben. Die Vorschläge von Schwarz, bei einer Hörweite für laute Sprache auf dem besseren Ohr bis 1 m 25 %, 1—5 m 22 %, 5—10 m 11 %, 10—20 m 5 % zu veranschlagen, werden in der Praxis vielfach Abänderungen erfahren, indem Sonderanforderungen des Berufs und Alters billiger Weise Berücksichtigung finden müssen.

Noch viel weniger lassen sich die allgemeinen Beschwerden Ohrleidender in knappen Rentenzahlen zum Ausdruck bringen. Es ist einmal oft — auch für den Ohrenarzt — ausserordentlich schwer die subjektiven Klagen der Verletzten objektiv zu begründen. Dieselben klagen ausser über Schwerhörigkeit, Geräusche im Ohr und Schwindel, darüber, dass sie sich nicht bücken, dass sie nicht hinten über sehen können. Fehlt dabei eine Krankengeschichte über die ersten Folgen der Verletzung oder ein Befund, der diese Erscheinungen irgend wie erklärlich macht, dann werden diese Verletzten oft lange zu Unrecht für Simulanten oder Uebertreiber gehalten. Und doch sind es oft die Zeichen einer Labyrintherschütterung. Manchmal ist auf der Seite der Verletzung eine stärkere Injektion oder eine Einziehung des Trommelfells nachweisbar.

Anderseits machen aber chronisch-entzündliche Prozesse, die mit dem Unfall nichts zu thun haben, ganz die gleichen Symptome. Dann ist es nur durch geschärfte klinische Beobachtung möglich, zu einem Urtheil über den Patienten zu kommen.

Man wird überall da, wo man nicht im Stande ist, die subjektiven Klagen mit dem objektiven Befunde im Einklang zu bringen oder wo es sich um schwierigere Verhältnisse überhaupt handelt, einen erfahrenen Ohrenarzt zu Rathe ziehen müssen.

9. Verletzungsfolgen an Brust- und Bauchorganen.

a. Allgemeines.

Ernstere Verletzungen des Rumpfes haben nicht selten Krankheitssymptome seitens innerer Organe zur Folge. Es

ist unmöglich in dem Rahmen unserer Aufgabe auf diese Verletzungsfolgen im einzelnen einzugehen oder Mittelzahlen für die Abschätzung niederzulegen. Die sorgfältigste physikalische Untersuchung und eingehendste Berücksichtigung des Allgemeinzustandes eines Verletzten ist dringend wünschenswerth. Ist dies geschehen, dann frage man sich, was wird der Kranke noch für Arbeit leisten können, wieviel noch verdienen? Dazu wird man sich nicht unfallverletzte Patienten mit ähnlichen Zuständen in die Erinnerung zurückrufen und sich gegenwärtig halten, wieviel diese verdienen, welche Arbeiten sie leisten können. Viele Aerzte schätzen bei allen Herzfehlern, bei Lungentuberkulose ohne weiteres auf 100 %. Das geschieht mit Unrecht, wenn die Verletzten nicht ganz darnieder liegen. Es giebt, wie jeder Praktiker weiss, sehr viele Leute mit deutlichen Geräuschen am Herzen, mit geschrumpften Lungentheilen, die unbehindert und ohne Schaden viele Jahre einem Beruf nachgehen. Nicht der grobe physikalische Befund soll unsere Abschätzung allein bestimmen; auch hier ist die Funktionsprüfung der inneren Organe von wesentlicher Bedeutung. So muss man den Puls der Leute im Stehen, beim Bücken, im ruhigen Gemütszustande, im Affekt, vor der Arbeit, nach der Arbeit berücksichtigen, ebenso die Hauttemperatur besonders im Gesicht. Die Frage nach der traumatischen Entstehung innerer Krankheiten ist oft ungemein schwer zu beantworten, keinesfalls auf Grund einer einmaligen Untersuchung. Nur vielfache Beobachtung, möglichst im Krankenhause, Erschöpfung aller Hilfsmittel der modernen Diagnostik kann Aufklärung bringen. Deshalb sollten die praktischen Aerzte solche Patienten, bei denen der ursächliche Zusammenhang schwierig zu beurtheilen ist, erfahrenen Autoritäten zuweisen. Wer sich theoretisch unterrichten will, dem sei die Arbeit von R. Stern: „Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten" angelegentlichst empfohlen. Es hat den Vorzug vor vielen lediglich der Gutachterthätigkeit gewidmeten Büchern, dass es mit streng wissenschaftlicher Kritik die bisherige einschlägige Litteratur sichtet, in der die Spreu gegenüber den Körnern leider nur allzu sehr überwiegt.

Gerade bei traumatischen inneren Leiden kommt es auf eine sorgfältige Anamnese, auf genaueste Feststellung der Umstände an, unter denen sich der angebliche Betriebsunfall vollzog, welche unmittelbaren Folgen er hatte u. s. w. Wer z. B. nur auf die Angaben des Patienten sich stützt, der ist leicht geneigt, Residuen chronischer Knochenerkrankung als Unfallsfolge anzusehen und auf einer derartigen irrigen Voraussetzung ein Kartenhaus von Hypothesen aufzubauen. So erlebt man es hundertfach, dass die rhachitische Knorpelknochengrenze der Rippen, dass habituelle Kyphosen oder ein Gibbus in Folge Caries tuberculosa als Unfallsfolge angesehen wird, bis Nachfragen, ärztliche Atteste, Erkundigungen beim Bezirks-Kommando die Nichtigkeit dieser Annahme ergeben. Gerade bei den Rentenbewerbern der land- und forstwirthschaftlichen B.-G., welche oft erst nach vielen Monaten auf ihren Unfall zurück-

kommen, erlebt man solche Irrthümer. Ein erfahrener Gutachter versteht auch den Werth der behördlichen Erhebungen abzuwägen. Nicht alle, sind sie streng objektiv, am meisten noch diejenigen der mit solchen Feststellungen viel beschäftigten Behörden. Am reinsten kommt der Gesundheitszustand zum Ausdruck in den Mittheilungen der Krankenkasse, wie lange der Betreffende krank gemeldet gewesen ist.

Da zu einem begründeten Anspruch auf Unfallentschädigung es ausreicht, dass die bei dem Unfall erlittene Verletzung eine von mehreren zur Erwerbsunfähigkeit führenden Ursachen ist und als solche ins Gewicht fällt, so ist es Aufgabe des Gutachters, für die Annahme der Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges eine Reihe überzeugender Gründe aus der Krankengeschichte und aus dem objektiven Befunde beizubringen. Ist durch Zeugenaussagen u. s. w. nach Möglichkeit festgestellt, dass vor der Verletzung ein krankhafter Zustand überhaupt nicht, oder nicht in so hohem Grade wie nach derselben vorhanden war, so genügt es gleichwohl nicht, zu sagen: „erfahrungsgemäss können z. B. Herzfehler durch Brustquetschung zustande kommen", sondern es ist nothwendig, für den vorliegenden Fall zu beweisen, dass die Brustquetschung eine Wucht, eine Richtung, unmittelbare und nachträgliche Folgen hatte, welche das Zustandekommen einer Herzverletzung annähernd zweifellos machen.

b. Traumatische Lungenkrankheiten

sind bei Brüchen einer oder mehrerer Rippen öfter zu beobachten; dann ist aber in der Regel eine nachweisbare Erkrankung die unmittelbare Folge des Unfalls: Haematothorax, Hautemphysem, allgemeiner Kollaps, sekundäre Vereiterung des Haematothorax (Empyem). Einfache Kontusionen des Brustkorbes führen ungemein selten zu Lungenerkrankungen, doch sind typische kruppöse Pneumonieen, umschriebene Verdichtungsheerde mit oder ohne blutigen Auswurf beobachtet. Umschriebene Synechien an der Quetschungsstelle, trockene Pleuritis kommen bei Brustquetschungen vor, ob sie mit Frakturen der Rippen einher gehen oder nicht. Alte Verwachsungen sind oft lange der Sitz von schmerzhaften Empfindungen. Sehr gross aber ist das Heer der durch Brustquetschung verschlimmerten Lungenleiden. Die durch den Schmerz an der Kontusionsstelle bedingte Athembehinderung (oberflächliche Athmung) führt bei alten schwächlichen Leuten mit Emphysem und Bronchitis, mit Herzmuskelentartung nicht selten zu nachträglicher Verdichtung im Lungenparenchym in Folge Verschlimmerung der Bronchitis.

Der Nachweis, dass eine tuberkulöse Erkrankung der Lunge durch eine Brustquetschung wirklich entstanden ist, wird selten oder nie mit Sicherheit zu erbringen sein, da es nie auszuschliessen ist, dass ein Tuberkuloseheerd latent in der Lunge gesessen hat. Darum kommt praktisch immer die für die Rentenabschätzung ebenso beachtliche Verschlimmerung in Frage.

Der gewöhnliche Fall ist der, dass ein Arbeiter nach einer Ueberanstrengung, nach schwerem Heben, nach einem plötzlichen Ruck sofort oder wenig später Blut auswirft.

Bezüglich des Blutsturzes als Unfallsfolge verdient eine Rekurs-Entscheidung des R.-V.-A. vom 13. Juni 1889 Beachtung:

„Ein Blutsturz an sich ist ein krankhafter organischer Vorgang im Körper des von ihm Betroffenen, dessen Auftreten zwar unter Umständen die Folge eines Unfalles sein kann, dies aber keineswegs nothwendig sein muss. Lungenkrankheiten — und zwar sowohl die Lungenschwindsucht als die besonderen Erkrankungen der dauernd mit dem Brechen und Behauen von Steinen beschäftigten Arbeiter — haben erfahrungsgemäss mit anderen chronischen Leiden das gemeinsam, dass in ihrem natürlichen Verlauf nicht selten akute Erscheinungen eintreten, welche dem seitherigen Zustande gegenüber erhebliche Verschlimmerungen herbeiführen. Hierzu bedarf es keineswegs einer erkennbaren äusseren Gewalteinwirkung; seine Verschlimmerungen können auch gelegentlich der alltäglichen Verrichtungen eintreten, an deren Vornahme der Leidende gewöhnt ist, lediglich in natürlicher Weiterentwickelung der inneren Krankheit. Wenn also ein bereits lungenkranker Arbeiter gelegentlich der Vornahme einer Arbeit, welche der alltägliche Betrieb mit sich bringt und welche nur die übliche mässige Anstrengung seiner Kräfte erfordert, von einem Blutsturze befallen wird, so muss in jener Betriebshandlung wohl die zufällige Gelegenheit, nicht aber die Ursache der durch den Blutsturz bedingten Verschlimmerung im Körperzustand jenes Arbeiters erblickt werden."

Umgekehrt ist der Zusammenhang unter folgender Begründung angenommen worden:

Rek.-E. v. 23. 6. 1891: „Nach ärztlichem Gutachten war das Lungenleiden, welches der Verletzte vor dem Unfall hatte, ausgeheilt und hatte nichts zurückgelassen als eine Schwäche, welche durch ungünstige Umstände zu neuen Krankheitszuständen führen konnte, gleichwohl an sich eine Krankheit nicht war. Zu solchen neuen Krankheitszuständen, einem Blutsturz, führte das Aufheben eines besonders schweren Gegenstandes, welchen der Verletzte mit der Brust gehoben hat und die hierdurch herbeigeführte Zerreissung von Adern stellt sich als ein Unfall dar, der sich im Betriebe ereignete."

Rek.-E. v. 11. 2. 1890: Bei einem Gelbgiesser, der nach dem Heben eines schweren Wagenkastens mit einem andern Arbeiter von einem Blutsturz befallen wurde und bald darauf verstarb, sind die Ansprüche der Hinterbliebenen anerkannt, theils auf Grund der ärztlichen Gutachten, theils mit Rücksicht darauf, dass der Verstorbene kurze Zeit vor dem Unfall zur Absolvirung einer vierzehntägigen militärischen Uebung fähig gewesen war und bis zum Unfalltage wie ein Gesunder gearbeitet hatte.

Für einige Fälle von Lungentuberkulose nach Brustquetschung ist die ursächliche Bedeutung des Traumas noch deutlicher erwiesen. Man wird also bei allen Fällen dieser Art streng zu individualisiren haben.

Die traumatische Haemoptoe ist viel erörtert worden (Litten, Stern u. a.). Fehlen des Bluthustens nach schwerer Brustquetschung spricht keineswegs gegen Lungenverletzung. Eine solche macht bei Rippenbrüchen oft Hautemphysem (Knistern im Unterhautgewebe an der Verletzungsstelle und gelegentlich über den Brustkorb hinaus). An solche Gewebszertrümmerung in der Lunge, die oft mit einer Blutansammlung im Brustfellsack und nachfogender Entzündung desselben (Empyem) einhergeht, schliesst sich gelegentlich ein Lungenabszess oder Lungengangrän an. Alte Leute mit Emphysem können durch solche Verletzungen auch dadurch eine Verschlimmerung ihres Gesammtzustandes erfahren, dass sie infolge

der durch Schmerz bedingten Athembehinderung Bronchitis und Bronchopneumonieen bekommen.

Alle diese Fälle sind wenigstens vorübergehend in der Regel mit verhältnissmässig hohen Renten (50—60%) zu entschädigen.

c. Herzerkrankungen durch Betriebsunfall.

Erkrankungen des Herzens nach Unfällen sind auch vielfach der Gegenstand sich widersprechender Gutachten. Dass wirkliche Herzklappenfehler durch Unfall und zwar durch Klappenzerreissung entstehen, ist zweifellos ein sehr seltenes Ereigniss. Häufiger werden bei Quetschungen der linken Brustseite Quetschungen und dadurch bedingte Verwachsungen der Herzwand mit dem Herzbeutel und dieses mit der Brustwand beobachtet. Viel häufiger aber sind Störungen der automatischen Einstellung des Herzens: Beschleunigung der Herzthätigkeit, Arythmie, grosse Labilität sind oft zu beobachtende Unfallsfolgen und wegen der damit fast regelmässig verbundenen Klagen über Kopfschmerzen von grosser Bedeutung für die E.-F. Bei Leuten, die zur Uebertreibung neigen, ist es oft recht schwer, über die thatsächliche E.-F.-Minderung ins Klare zu kommen.

Als erwiesen darf man ansehen, dass „totale Zerreissungen des Herzens vorkommen können, ohne dass die Weichtheile und Knochen der Thoraxwandung eine Spur des stattgefundenen Traumas aufzuweisen brauchen" (Stern). In der Praxis ist das Gewöhnliche: die Verschlimmerung bestehender Herzleiden. Ein bis dahin gut kompensirter Herzfehler nach Gelenkrheumatismus oder auf arteriosklerotischer Basis kann zweifellos durch eine starke plötzliche Ueberanstrengung, durch eine Brustquetschung, Stoss von einer Seite oder von hinten und vorn (Puffern) erheblich verschlimmert werden. Tötlicher Herzschlag infolge physischen Schrecks ist vielfach beobachtet worden; auch das R. V. A. hat dieses psychische Trauma als Unfallverletzung anerkannt (Rek.-E. v. 5. 6. 1893: Plötzlicher Tod beim Anblick der Verschüttung dreier Mitarbeiter). Herzschlag bei Sturz ins Wasser ist ohne weiteres als Unfallsfolge anzuerkennen.

Ruptur eines Herz- oder Aorten-Aneurysma ist sowohl nach Stoss gegen die Brust, wie nach schwerem Heben beobachtet.

Bei Geräuschen, welche vermuthlich nicht durch einen Klappenfehler bedingt sind, sollte man öfter als dies zu geschehen pflegt, wie bei Anämischen überhaupt die Blutuntersuchung machen. Es braucht nicht besonders betont zu werden, dass auch eine sorgsame Harnuntersuchung unerlässlich ist.

d. Bruchleiden in Folge von Unfällen.

Bei Unterleibsbrüchen (Eingeweidebrüchen) verlangt das R.-V.-A. strenger als sonst die Beweispflicht der Arbeiter für die Grundlage ihrer Entschädigungsansprüche, „eine dem vollen, zwingenden Nachweise sich möglichst

nähernde Häufung von Wahrscheinlichkeits-Umständen, weil die Erfahrung lehrt, dass Bruchleiden in den meisten Fällen sich auf Grund einer angeborenen Anlage allmählich, sei es ohne jeden äusseren Anlass, sei es bei festgesetzten grösseren oder geringfügigen Erschütterungen entwickeln."

Diese Auffassung des R.-V.-A. kommt am klarsten zum Ausdruck in der Rek.-E. v. 28. Okt. 1898:

„Wie das Reichs-Versicherungsamt in ständiger Rechtsprechung angenommen hat, entwickeln sich Leistenbrüche in der Regel allmählich und pflegen lediglich in Folge der täglichen Berufsarbeit oder auch der gewöhnlichen Beschädigungen des Lebens auszutreten. Soll daher die für eine allmähliche Entstehung des Bruches sprechende starke Vermuthung widerlegt werden, so sind an die Beweisführung dafür, dass es sich ausnahmsweise um einen Fall plötzlicher Entstehung des Bruches handelt, besonders strenge Anforderungen zu stellen. Unter diesem Gesichspunkte ist auf den Nachweis einer an sich schweren und zugleich aussergewöhnlichen, über den Rahmen der regelmässigen Betriebsthätigkeit hinausgehenden Anstrengung, bei welcher der Bruchaustritt erfolgt ist, besonders Gewicht zu legen. Allerdings kann auch eine an sich betriebsübliche, dem Arbeiter also geläufige Arbeit wegen ausnahmsweise ungünstiger Umstände, unter denen sie sich vollzieht, eine aussergewöhnliche Anstrengung bedingen und so für einen dabei entstehenden Bruchaustritt die Vermuthung plötzlicher und ursächlicher Entstehung schaffen. Solche Umstände können indessen im vorliegenden Falle als nicht nachgewiesen anerkannt werden. Wenn wirklich, wie der Kläger behauptet, bei dem Fortschaffen und bezw. Aufladen der Balken und Stämme der Bruch ausgetreten ist, so bildete diese Arbeit doch nur die Gelegenheit, nicht aber die Ursache für den Bruchaustritt; sie ist die Ursache nur für die Entdeckung, nicht für die Entstehung des Bruchleidens gewesen.

Gegen die Annahme der plötzlichen Entstehung der Brüche spricht ferner der Umstand, dass der Kläger nicht alsbald über Schmerzen geklagt, sondern, wie sowohl der Bauunternehmer T., als auch die Mitarbeiter Sch. und K. ausgesagt haben, an den fraglichen Tagen weiter gearbeitet, ja sogar die Tage darauf die Arbeit nicht eingestellt, vielmehr noch Bretter am Bahnhofe verladen hat. Denn nach ärztlicher Erfahrung hat das plötzliche Entstehen eines Bruches, wie dies bei der Einklemmung des sich plötzlich aus der gewaltsam erweiterten Bruchpforte hervordrängenden Eingeweides nicht anders der Fall sein kann, regelmässig heftige, kaum erträgliche Schmerzen im Gefolge, welche den davon Betroffenen mindestens zu einer Unterbrechung der Arbeit nöthigen und ihn unwillkürlich zu Aeusserungen des Schmerzes, sowie zur alsbaldigen Anrufung ärztlicher Hilfe veranlassen. Endlich aber fällt sehr wesentlich ins Gewicht, dass links eine Bruchanlage bestand, woraus mit Sicherheit zu schliessen ist, dass der Kläger auch rechtsseitig bereits vor den 10. Dezember mit einer Bruchanlage behaftet war."

Nach der Rechtsprechung des R.-V.-A. wurden als ungeeignet einen Bruchaustritt hervorzurufen z. B. angesehen: das Schieben einer mit Steinen beladenen Holzkarre, das Tragen eines Sackes (von 120 Pfund Gewicht bei einem Maurer, von 150 Pfund bei einem Kutscher) das Heben eines schweren Kohlenstücks bei einem Bergmann, das Einwerfen eines 145 Pfund schweren Stahlblocks ins Feuer bei einem Schmied.

Bei der Beurtheilung kommt es auf den Beruf an, so zwar, dass eine Arbeitsanstrengung, die für einen Lastträger mässig erscheinen, für eine Spinnerin als aussergewöhnliches Betriebsereigniss angesehen werden kann. Die begleitenden Umstände kommen ausserdem in Betracht, z. B. ob der Arbeiter alsbald heftigen Schmerz geäussert, alsbald den Arzt aufgesucht hat, ob dieser eine ungewöhnliche Druckempfindlichkeit nachweisen konnte, ob der Patient in jener Zeit an starkem Husten gelitten hat und dergl. mehr.

Die E.-F.-Minderung wird ganz allgemein bei einseitigem, durch ein Bruchband zurückhaltbarem Bruch auf 10 %, bei doppelseitigem auf 10—15—20 % und mehr geschätzt. Bei eingeklemmtem Bruch kommt es ganz auf die Operationsfolgen an. Darmfisteln können ganz erwerbsunfähig machen.

Brucheinklemmung gilt nach einer Rek.-E. des R.-V.-A. v. 11. Okt. 1897 in der Regel als Unfallsfolge, da hierbei meist auf ein plötzliches gewaltsames Hervordrängen zu schliessen ist. Nicht als solche ist die Brucheinklemmung anzusehen, wenn der Arbeiter zur Zeit des Eintritts ein Bruchband nicht getragen, und er dadurch die Verschlimmerung verursacht hat.

Der erstbehandelnde Arzt hat also bei den Leistenbrüchen sein Augenmerk zu richten auf die obengenannten besonderen Umstände beim Zustandekommen des Bruches und darauf, ob Schmerz im Bruch besteht, ob der Bruch nach der Reposition durch eine Pforte nicht ohne weiteres wieder heraustritt — welche Erscheinungen allein für traumatische Entstehung sprechen, oder ob folgende Momente dagegen sprechen: weite Bruchpforte, Schmerzlosigkeit, leichte Reposition, leichter Wiedervorfall, Bruchanlage oder Bruch auf der andern Seite, Druckspuren von einem Bruchband.

Für Schenkel- und Nabelbrüche gelten dieselben Grundsätze (Rek.-E. v. 30. 11. 1894) für die Bauchdecken- und Magenbrüche (in der Linea alba) kommen die Rek.-E. v. 28. 4. u. 15. 5. 1893 u. 2. 10. 1895 nicht mehr in Betracht, seit eine Rek.-E. v. 25. 11. 1896 auch für diese strengere Anforderungen bezüglich des Nachweises der traumatischen Entstehung verlangt. Wird ein solcher erbracht, so ist eine Erwerbsbeeinträchtigung von 25—50 % anzurechnen.

Der sogenannte Krampfaderbruch (Varicocele), kein eigentlicher Bruch, kann nie plötzlich entstehen; in diesem Sinne spricht sich auch die Rek.-E. v. 12. 2. 1887 aus. Der Wasserbruch (Hydrocele) dagegen entsteht gelegentlich akut nach Quetschung des Hodens. Eine Einbusse an E.-F. bedingt er nur bei aussergewöhnlicher Grösse.

e. Unfallsfolgen an den Geschlechtsorganen.

An den **männlichen Geschlechtsorganen** kommt es durch Betriebsunfälle gelegentlich zu Erkrankungen des Gliedes (Penis) und der Hoden.

Der Penis und die in ihm verlaufende Harnröhre werden häufig bei Beckenbrüchen in Mitleidenschaft gezogen, indem es zu theilweiser oder völliger Harnröhrenzerreissung und unmittelbar oder mittelbar darauf folgender Harn- und Samenverhaltung kommt. Vernachlässigte Harnröhrenzerreissung hat oft Harninfiltration mit ihren das Leben bedrohenden Zuständen im Gefolge; danach, aber auch nach sofort und zweckmässig behandelten Harnröhrenrupturen, bleiben nicht selten Strikturen zurück, die wiederum zu Blasenkatarrh und damit manchmal zu einer schweren Störung des allgemeinen Gesundheitszustandes führen. Dieser und die oft höchst lästigen

Folgen der behinderten oder unfreiwilligen Harnentleerung dürfen nicht unterschätzt werden. Die Minderung der E.-F. durch diese Zustände ist annähernd auf $33^1/_3$—50% zu veranschlagen, die Gefahr der Verschlimmerung aber immer hervorzuheben.

Auch ohne Beckenbruch kommt es zuweilen zu Harnröhrenzerreissung, z. B. durch Hunde- oder Pferdebiss, durch Sprengverletzungen u. dergl., vor allem aber durch stumpfe Quetschung der Dammgegend; z. B. wenn die Bergleute, über das „Gestänge" (Eisenbahnschienen) hinlaufen, ausgleiten und rittlings auf die Schienen zu sitzen kommen. Auch der durch etwa nothwendig gewordenen Katheterismus (bei Bewusstlosen, Rückenmarksverletzten u. dergl.) zustandegekommene Blasenkatarrh ist als mittelbare Unfallsfolge anzusehen.

Hodenquetschung hat gelegentlich ein vollständiges Zugrundegehen eines Hodens (traumatische Nekrose) zur Folge wodurch die Entfernung desselben nothwendig wird. Seltener wird Verlust beider Hoden durch direkte Verletzung herbeigeführt, wohl aber ähnlich wie beim Typhus, nach septischen Wundkrankheiten eine Nekrose beider Hoden beobachtet. Der durch Betriebsunfall bedingte Verlust nur eines Hodens ist, sofern keine Komplikationen bei der Wundheilung das Allgemeinbefinden beeinträchtigt haben, meist als die E.-F. mindernd nicht anzusehen. Dagegen ist der Verlust beider Hoden zu entschädigen, sofern der völlige Verlust dieser Geschlechtsorgane einen nachtheiligen Einfluss auf die Gemüthsverfassung des Betroffenen hat. Auch wird das Alter desselben, die Möglichkeit der Nachkommenschaft dabei in Betracht zu ziehen sein. Normalrentensätze lassen sich hierbei nicht aufstellen.

Leichte Traumen werden gelegentlich als Ursache einer sich allmählich entwickelnden tuberkulösen Erkrankung oder auch des Hodensarkoms von Versicherten beschuldigt. In diesen Fällen hat man nach den S. 422 u. ff. angeführten Grundsätzen über den ursächlichen Zusammenhang zu urtheilen. Wird ein solcher anerkannt, dann kommt für die Beurtheilung der E.-F. vornehmlich der allgemeine Gesundheitszustand in Betracht.

Es ereignet sich aber auch nicht selten, dass Versicherte, und zwar seltener in naiver Auffassung ihres Leidens, häufiger aus wohlberechnetem Renteninteresse, gonorrhoische Nebenhodenentzündung, Bubonen und andere Geschlechtskrankheiten als Unfallsfolge bezeichnen. Es passirt freilich auch gelegentlich Aerzten, dass sie eine wirkliche Verletzungsfolge als Geschlechtskrankheit ansehen. Wo indess von einem ernst zu nehmenden Menschen eine solche geleugnet wird, hat man mit allen Mitteln der Diagnostik (Färbung auf Gonokokken, Tripperfäden, weitere Beobachtung des Verlaufs) für Klarlegung der Verhältnisse zu sorgen.

Für die **weiblichen Geschlechtsorgane** kommt als Unfallsfolge in Betracht: 1. die etwaigen krankmachenden Folgen

eines traumatischen Aborts, 2. der Gebärmuttervorfall, 3. die fixirte Rückwärtsknickung (Retroflexio uteri).

Bei diesen drei Frauenkrankheiten ist es meist sehr schwer, den ursächlichen Zusammenhang objektiv zu begründen, ausgenommen bei schwerem, direktem Trauma. Der Abort als solcher ist nicht entschädigungspflichtig, wohl aber etwaige Krankheitszustände, die derselbe mit sich bringen kann.

Ueber den Gebärmuttervorfall und seine Auffassung als Betriebsunfall giebt folgende Rek.-E. des R.-V.-A. vom 24. 9. 1901 die besten Anhaltspunkte:

„Durch die Unfalluntersuchung, insbesondere durch die Bekundung der Zeuginnen in Verbindung mit den glaubhaften Angaben der Klägerin und mit den bei den Akten befindlichen ärztlichen Gutachten ist für erwiesen zu erachten, dass der Gebärmuttervorfall, an welchem die Klägerin leidet, durch den Betriebsvorgang vom 11. Januar 1900 entstanden ist. Die grosse Anstrengung, welche die Klägerin aufwendete, um den umkippenden aufwärts geschobenen Wagen vor dem Umstürzen zu behüten, indem sie mit gespreizten Beinen ihre ganze Körperwucht entgegenstemmte, war nach den übereinstimmenden ärztlichen Gutachten sehr wohl geeignet, die Gebärmuttersenkung zu verursachen. Die Klägerin hat auch sofort über die entstandenen Schmerzen geklagt, aber auf besonderes Drängen ihrer Mitarbeiterinnen noch eine Stunde lang gearbeitet; sodann hat sie die Arbeit unterbrechen müssen, und als sie nach einigen Tagen wieder eintrat, ist sie nur mit leichteren Arbeiten beschäftigt worden. Dass sie den Unfall zunächst nicht der Betriebsleitung gemeldet hat, erscheint um so weniger auffallend, als sie auch dem Dr. M. aus Schamgefühl ihr Leiden zunächst verschwiegen hat. Da die Klägerin sonst kräftig, noch jung ist und vor dem 11. Januar 1900 noch nie geboren hatte, so fehlt es an jedem Anhaltspunkte für die Annahme, dass schon vor diesem Tage ein Gebärmutterleiden bei der Klägerin bestanden hat. Selbst wenn man aber auch dieser von den beiden anderen Aerzten für unwahrscheinlich erachteten Muthmassung des Dr. M. folgen wollte, so würden die Umstände doch zum Mindesten ergeben, dass durch die mit dem Betriebsvorgange vom 11. Januar 1900 verbunden gewesene übermässige Anstrengung der Klägerin die Entwickelung ihres schon vorher in geringem Masse vorhanden gewesenen Leidens wesentlich beschleunigt und die frühere krankhafte Veranlagung durch diese Anstrengung plötzlich zu dem hochgradigen, seitdem bestehenden Vorfall der Gebärmutter und Scheide verschlimmert worden ist. Von dem Schiedsgericht ist daher mit Recht ein von der Beklagten zu entschädigender Betriebsunfall als Ursache der jetzigen Krankheit der Klägerin angenommen worden."

Auch die Retroflexio uteri kann nach Fritsch plötzlich, traumatisch, nach schwerer körperlicher Anstrengung entstehen (Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1901, 24), ebenso wie Inkarzeration eines Uterus gravidus, Einklemmung einer kleinen Ovarialzyste im Douglasischen Raum. Es lassen sich Normalzahlen für die Entschädigung dieser Unfallsfolgen bei anerkanntem ursächlichem Zusammenhange nicht geben. Man wird hier die Erfahrungen über Frauen, welche gleichartige Leiden haben, heranziehen und aus dem Vergleich mit deren E.-F. ableiten, wie hoch man die Rente veranschlagen soll. Dieselbe wird 50% in der Regel nicht übersteigen.

II. Die private Unfallversicherung.

Der ärztliche Sachverständige hat im Allgemeinen zwar bei der privaten U.-V. dieselben Aufgaben wie bei der staatlichen: Abschätzung des Einflusses von Unfallsfolgen auf die E.-F., Begutachtung über die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Krankheit und Unfall, sowie über Verschlimmerung oder Besserung des Gesundheitszustandes eines Unfallverletzten. Aber die privaten V.-G. sind kaufmännische Geschäftsinstitute, während die staatliche Organisation eine rein humane Einrichtung ist, die keinen Gewinn anstrebt und vor materiellen Opfern nicht Halt macht.

Bei der staatlichen Arbeiterversicherung braucht der Unfall nur eine von mehreren Ursachen zu sein, nur verschlimmernd wirken, um Entschädigungspflicht für die B.-G. zu bedingen, die privaten V.-G. entschädigen prinzipiell nur die unmittelbaren Unfallfolgen, nur die „durch den Unfall allein verursachten und nicht durch irgend welche, mit diesem nicht in ursächlichem Zusammenhange stehenden Krankheiten oder andere Umstände beeinflussten Folgen" (Kölnische U.-V.-G.). Bei anderen lautet der Text: „Gegen die nachweislich direkten, und nicht durch irgendwelche Krankheiten oder andere Umstände vermittelten Unfallsfolgen." So ist der Durchbruch eines Darmgeschwürs beim Heben eines Fasses nach dem Urtheil des Reichsgerichts (18. Juni 1897) nicht als entschädigungspflichtig angesehen worden, während ihn das R.-V.-A. zweifellos als Rentenfall im Sinne des U.-V.-G. angesehen hätte.

Alle durch Ueberanstrengung bedingten Gesundheitsbeschädigungen (Aortenruptur, Magenblutung, Lungenblutung, Hirnblutung, Unterleibsbrüche) sind von vornherein seitens des privaten V.-G. ausgeschlossen, ferner die Folgen von Ansteckung, Vergiftung, Witterungseinflüssen wie Erfrieren, Erkälten, Sonnenstich, Hitzschlag.

Sofern in der Police Lähmung durch Schlaganfall, also Hirnblutung in Folge nicht traumatischer Gefässzerreissung, ausgeschlossen ist, hat das Reichsgericht die Entschädigungspflicht sogar abgelehnt in Fällen, wo ein Unfall z. B. Schädelkontusion zweifellos vorausgegangen und ursächlich betheiligt war, „da die Ausnahmebestimmung mit dem Zweck und dem Wesen des Versicherungswesens weder im Widerspruch steht, noch unklar gefasst ist (Urtheil d. R..G. vom 7. Mai 1895).

Selbstmord oder Selbstmordversuch und dessen Folgen sind nicht entschädigungspflichtig, selbst wenn sie nachweislich im unzurechnungsfähigen Zustande begangen sind.

Nicht bloss vorsätzliche Beschädigungen, auch die durch eigenes Verschulden z. B. bei Wettrennen, -fahren, -laufen, beim Duell, beim Schmuggeln, bei muthwilliger oder fahrlässiger Verletzung der für Schutz von Leben und Gesundheit gegebenen gesetzlichen oder polizeilichen Vorschriften, in der Trunkenheit, in Geistesstörung erlittenen Verletzungen sind von der Entschädigungspflicht ausgeschlossen.

Eine grosse Rolle in der Erörterung der privaten versicherungsrechtlichen Angelegenheiten hat die sogen. Blutvergiftungsfrage gespielt, die nicht zum wenigsten die versicherten Aerzte selbst angeht. Die V.-G. halten sich streng an den Wortlaut ihrer Polize und entschädigen z. B.:

Blutvergiftungen i. e. lokale oder allgemeine krankhafte Veränderungen der Blut- und Säftemischung und deren Folgen, bei denen der infizirende Stoff ohne Willen und ohne nachweisbare grobe Ausserachtlassung der allgemeinen Vorsichtsmassregeln seitens des Versicherten durch äussere, entweder schon vorher bestehende oder neuerdings erlittene Verletzungen, d. h. also überhaupt durch andere, als die natürlichen Eingangspforten in den Körper gelangt ist. Oder – Dr. Morian'sche Klausel:

„Tritt zu einer unbedeutenden Hautverletzung, zu einer Schramme oder Schrunde, gleichviel aus welcher Ursache dieselben entstanden sein mögen, deren vorheriges Vorhandensein jedoch durch eidesstattliche Versicherung nachgewiesen werden muss, eine akute oder chronische Infektion, z. B. eine eitrige Entzündung und allgemeine Blutvergiftung, oder Syphilis, Tuberkulose, Rotz, Hundswuth oder dergleichen, so ist die Gesellschaft für die Folgen, welche daraus für die Erwerbsfähigkeit des Versicherten entstehen, haftbar.

Ausgeschlossen hiervon ist jede syphilitische Infektion, die durch geschlechtlichen Verkehr hervorgerufen wird, sei es an welchem Körpertheile sie immer auftritt."

In diesem Punkte geht also die private Unfallversicherung über die Voraussetzungen der staatlichen hinaus.

Scharlach — Typhus — Pockeninfektionen können selbstverständlich nicht als Unfall angesehen werden. Auch entschädigen die privaten V.-G. nicht die sogen. Spontanluxationen, Muskelzerrungen, Verhebungen, bei denen keine von aussen her einwirkende plötzliche Gewalt, sondern nur eine subjektive Kraftäusserung (Heben, Ziehen u. s. w.) nachgewiesen ist.

Wie bei der Lebensversicherung so wird auch bei der privaten U.-V. der Arzt gelegentlich zu Sektionen aufgefordert, obwohl es im Allgemeinen Sache der Hinterbliebenen ist, den Nachweis zu erbringen, ob Selbstmord oder Unfall vorliegt. „Wer Rechte aus dem Versicherungsvertrage geltend machen will, muss ausser dem Tode auch dessen direkte Verursachung durch einen Unfall in rechtliche Gewissheit setzen" (Urtheil des Reichsgerichts vom 15. Juni 1893); ein Grundsatz, der bei der staatlichen Arbeiter-Versicherung keine Geltung hat!

Da die V.-G. ein Interesse an einer sorgfältigen Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges hat, so verlangt sie die Anmeldung des Unfalles spätestens binnen fünf

Tagen, bei Todesfällen innerhalb 24 Stunden, womöglich telegraphisch. In diesen Punkten muss der Arzt oft die Angehörigen berathen, die meist den Vertrag nicht genau kennen. Die etwa nothwendige Obduktion, welche die Hinterbliebenen bei Verlust ihrer Ansprüche vertragsmässig gestatten müssen, wird wie jede gerichtliche ausgeführt und auch ebenso protokollirt. Man muss stets die ganze Sektion aller drei Körperhöhlen machen und darf sich deshalb auf theilweise Obduktion nur beschränken, wenn der Auftraggeber ausdrücklich — auf Befragen vor Zeugen — darauf Verzicht leistet, damit dem ärztlichen Sachverständigen nicht nachträglich der Vorwurf ungenügend erfüllter Pflicht bezüglich der Aufklärung des Falles gemacht werden kann.

Die private U.-V. verlangt — im Gegensatz zur staatlichen U.-V. — stets ärztliche Behandlung, d. h. durch einen approbirten Arzt, und zwar hat jeder Versicherte vertragsmässig selbst dafür zu sorgen, und die Kosten dafür selbst zu tragen. Der behandelnde Arzt hat also niemals Gebührenansprüche für Behandlung an die V.-G. selbst. Nur ausnahmsweise verlangt diese, dass der Verletzte ihren Vertrauensarzt z. B. einen Spezialarzt zu Rathe zieht, um so ein möglichst günstiges Heilresultat zu erzielen; in diesem Falle bezahlt die V.-G. die Kosten dafür. Die Höhe der Tagesentschädigung richtet sich nach der Vereinbarung; sie wird in der Regel nur bis zu höchstens 200 Tagen, von vereinzelten bis zu 400 Tagen gezahlt.

Nach Abschluss dieser Zeit bezw. des Heilverfahrens überhaupt kommt die Abschätzung der Entschädigung in Betracht. Sie wird von der V.-G. stets auf Grund einer oder mehrerer ärztlicher Gutachten festgesetzt. Voraussetzung ist, dass der Tod oder die Minderung der E.-F. innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eintritt. Später erhobene Ansprüche lehnen die V.-G. in der Regel und durch ihre Statuten berechtigt ab. Nur wenn es sich erweisen lässt, dass die Anmeldung unverschuldet unterblieb, oder wenn sich ein als Selbstmord aufgefasster Todesfall nachträglich als Unfall herausstellt, haben Rentenansprüche noch Aussicht auf Erfolg (Reichsgerichtsurtheile vom 4. Juli und 3. Dezember 1895).

Entschädigungspflichtig ist die voraussichtlich lebenslängliche Beeinträchtigung der E.-F. bezw. der Todesfall; die Höhe der Rente richtet sich nach dem Grade der Invalidität (ärztliche Feststellung) und nach der Höhe der Versicherungssumme. Die meisten V.-G. ziehen eine Kapitalabfindung der dauernden Zahlung der Rente vor.

Da die privaten U.-V.-G. den Versicherten stets bezüglich eines bestimmten Berufs versichern, so ist ungleich mehr als bei der staatlichen U.-V. auch der Beruf des Verletzten bei der Abschätzung der E.-F. zu berücksichtigen. Aber auch in anderen Beziehungen darf man bei privaten Unfallverletzten nicht die Grundsätze zur Anwendung bringen, die das staatliche Versicherungswesen verlangt. Nicht das Jahresarbeitsverdienst des Versicherten, sondern die vertragsmässige Ver-

sicherungssumme kommt in Frage, also im Todesfalle 100 %, die volle Versicherungssumme. Für volle Invalidität lebenslänglich die volle Invalidenrente, die nach vereinbarter Tabelle kapitalisirt wird. Die V.-G. haben in der Regel bestimmte Invaliditätsrentensätze für bestimmte Verletzungen im Vertrage festgelegt, diese müssen natürlich dann der ärztlichen Abschätzung zu Grunde gelegt werden. Es kann also da von einer Bezugnahme auf die bei der staatlichen U.-V. üblichen Sätze gar keine Rede sein. Wer eine Abschätzung für eine private U.-V.-G. vorzunehmen hat, der muss demnach in erster Linie sich mit dem Inhalt der einschlägigen Vertragsbestimmungen gründlich vertraut machen. So setzt die Kölnische U.-V.-G. wie folgt fest:

„100 Prozent, wenn der Beschädigte beide Augen, beide Arme oder Hände, beide Beine oder Füsse, je einen Arm oder eine Hand und ein Bein oder einen Fuss verloren hat oder in Folge des Unfalls in unheilbare Geistesstörung verfallen ist; ferner zu
60 Prozent, wenn er den rechten Arm oder die rechte Hand,
50 Prozent, wenn er den linken Arm oder die linke Hand,
50 Prozent, wenn er ein Bein oder einen Fuss,
33⅓ Prozent, wenn er ein Auge,
25 Prozent, wenn er den Daumen der rechten Hand,
18 Prozent, wenn er den Daumen der linken Hand,
16 Prozent, wenn er den Zeigefinger der rechten Hand,
14 Prozent, wenn er den kleinen Finger der rechten Hand,
12 Prozent, wenn er den Zeigefinger der linken Hand,
10 Prozent, wenn er den Mittel- oder Ringfinger der rechten Hand,
8 Prozent, wenn er den kleinen Finger der linken Hand,
7 Prozent, wenn er den Mittel- oder Ringfinger der linken Hand verloren hat.

Beim Verlust mehrerer Finger wird der Invaliditätsgrad durch Addition der auf die einzelnen verlorenen Finger nach Vorstehendem entfallenden Prozente festgesetzt, kann aber beim Verlust aller Finger einer Hand nicht mehr als für den Verlust der ganzen Hand, bezw. bei Verlust mehrerer Glieder oder Organe niemals mehr als 100 Prozent betragen.

Dem Verlust eines Gliedes wird der Verlust der Gebrauchsfähigkeit desselben gleich erachtet.

Bei nur theilweisem Verlust der bezeichneten Gliedmassen resp. der Gebrauchsfähigkeit derselben wird ein entsprechend geringerer Grad von Invalidität als bestehend angenommen.

Der Verlust resp. die Beschädigung eines vor dem Unfall bereits verkrüppelten, verstümmelten oder gebrauchsunfähigen Gliedes resp. Organes begründet keinen Anspruch auf Invaliditätsentschädigung.

Sind ausser den vor dem Unfalle bereits verkrüppelten, verstümmelten oder gebrauchsunfähigen Gliedmassen oder Organen noch andere Gliedmassen oder Organe durch den Unfall verloren oder beschädigt, so wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrades von der Annahme ausgegangen, als ob das vor dem Unfall bereits verkrüppelte, verstümmelte oder gebrauchsunfähige Glied oder Organ noch normal vorhanden resp. gebrauchsfähig wäre. Die Hinsicht auf diese Verstümmlung etc. begründet also keine höheren Ansprüche für den durch den Unfall herbeigeführten Schaden.

In allen oben nicht bezeichneten Fällen hängt die Feststellung des Invaliditätsgrades davon ab, ob und in wieweit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten unter Berücksichtigung seines Berufes, seiner Lebensstellung, Kenntnisse und Fähigkeiten durch den Unfall wirklich vermindert worden ist."

Die Teutonia-Leipzig fasst sich allgemeiner bezüglich des Invaliditätsgrades; sie betrachtet

„als Ganzinvalidität Schadenfolgen schwerster Art, wie gänzlicher Verlust beider Hände, beider Füsse, einer Hand und eines Fusses, völlige Er-

blindung, vollständige Lähmung, oder dauernde, in Folge des Unfalles eingetretene, jede Arbeits- und Erwerbsthätigkeit hindernde Geistesstörung;

als Halbinvalidität gänzlichen Verlust eines Armes, einer Hand, eines Beines oder Fusses.

Bei theilweiser Beschädigung einzelner dieser Glieder, soweit sie nicht dem gänzlichen Verluste derselben gleich zu achten ist, ferner bei dem Verlust der Sehkraft eines Auges und bei sonstigen Körperverletzungen geringeren Grades ist immer nur auf weniger als Halbinvalidität zu erkennen, und es hängt die Beurtheilung und Feststellung bezüglich solchen geringeren Invaliditätsgrades davon ab, ob und inwieweit die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Versicherten unter Berücksichtigung seines Berufes, seiner Kenntnisse und Fähigkeiten u. s. w. durch den Unfall beeinträchtigt worden ist.

Der alleinige Verlust, resp. die Beschädigung eines vor dem Unfalle bereits verkrüppelten, verstümmelten oder gebrauchsunfähigen Gliedes, resp. Organes begründet keinen Anspruch auf Invaliditäts-Entschädigung; überhaupt findet bei Versicherten, die schon vor dem fraglichen Unfalle irgendwie in ihrer körperlichen Integrität beeinträchtigt waren, die Bemessung des Invaliditätsgrades nur so statt, als ob die gleiche Schadenfolge eine intakte Person getroffen hätte, so dass die neu hinzutretende Invalidität nicht durch die bereits vorhandene zu Lasten der Gesellschaft höher gestellt werden kann."

So hat fast jede Gesellschaft Sonderbestimmungen, Reservate, die man von Fall zu Fall als Sachverständiger, bezw. Vertrauensarzt berücksichtigen muss. Die von vielen aufgestellten Rentensätze für sogenannte glatte Schäden können nur einen sehr ungefähren Anhalt bieten; die Zahlen lassen in mehr als der Hälfte aller Fälle im Stich, weil es eben wirklich selten glatte, unkomplizierte Verluste sind. Die oben angeführten Sätze der staatlichen U.-V. kommen im wesentlichen auch für die private U.-V. in Betracht, nur ist in jedem Falle hier viel mehr der Beruf des Verletzten mit ins Auge zu fassen; denn es ist klar, dass die Folgen eines leidlich geheilten Armbruchs eine andere Bedeutung haben für einen Arbeiter als für einen Schullehrer, der Verlust des stereoskopischen Sehens eine andere für einen Maler als für einen Bauern.

Das Verhältniss des behandelnden Arztes zu den V.-G., die Form und der Inhalt der Atteste und die Gebührenfrage ist durch Vereinbarung geregelt und zwar durch die Beschlüsse einer aus Vertretern der Gesellschaften und des Aerztevereinsbundes gebildeten Kommission, die vom XXVI. Deutschen Aerztetage zu Wiesbaden am 28. und 29. Juni 1898 und vom XXVII. Deutschen Aerztetage zu Dresden am 21. und 22. April 1899, sowie von dem Unfallversicherungs-Verbande angenommen sind und die wie folgt lauten:

„1. Das Honorar für die ärztlichen Atteste zahlen die Unfallversicherungsgesellschaften selbst, ohne unter dem Titel „Arzthonorar", oder einem ähnlichen, Ersatz von dem Versicherten zu verlangen.

2. Diese Bestimmung tritt in Kraft für alle vom 1. Juli 1899 an abzuschliessenden neuen Versicherungen sofort, für die vorher abgeschlossenen Versicherungen am 1. Juli 1904. Die Attestformulare sollen einen Vordruck erhalten, ob sich das Attest auf eine Versicherung der ersten oder zweiten Art bezieht.

3. Es sollen einheitliche, einfache Formulare für alle Atteste des behandelnden Arztes vereinbart werden.

4. Das Honorar für das Anfangs- und Schlussattest soll je 5 Mk., für etwaige kürzere Zwischenatteste je 3 Mk. betragen, wobei vorausgesetzt wird, dass die Formulare wesentlich vereinfacht werden.

5. Die Versicherungsgesellschaften sind verpflichtet, Untersuchungen durch ihre Vertrauensärzte bei Unfallverletzten nur nach vorheriger

rechtzeitiger Benachrichtigung des behandelnden Arztes ausführen zu lassen. Die Versicherungsgesellschaften verpflichten sich ferner, von einem etwaigen Eingreifen in das Heilverfahren den behandelnden Arzt in Kenntniss zu setzen.

6. Verlangt eine Gesellschaft betreffs der Behandlung ein Konsilium des behandelnden mit einem Vertrauensarzt, so hat sie die Kosten des Konsiliums auch für den behandelnden Arzt nach den Sätzen der Gebührenordnung des betreffenden Bundesstaates zu zahlen.
7. Zur ferneren Regelung der Beziehungen der Aerzte zu den privaten Unfallversicherungsgesellschaften, sowie zur Beilegung von Meinungsverschiedenheiten wird eine ständige Kommission von je drei Mitgliedern eingesetzt."

Formulare.

I. Attest des behandelnden Arztes.

1. a) Wann und b) wodurch wurde der Unfall herbeigeführt?
2. An welchem Tage und zu welcher Tageszeit trat der Versicherte in Ihre Behandlung?
3. a) Welche Angaben machte der Verletzte über Schmerzen, Funktionsstörungen etc. als Folgen des Unfalls?
   b) Welcher objektive Befund hat sich bei der ersten Untersuchung aus sicher erkennbaren Merkmalen einer frischen Körperverletzung ergeben? Welche Diagnose stellen Sie infolgedessen?
   (Um recht ausführliche Beantwortung dieser Frage wird besonders gebeten. Sollte eine sichere Diagnose noch nicht möglich sein, so wird gebeten, die Absendung dieses Attestes nicht verzögern zu wollen.)
4. a) War der Versicherte Ihres Wissens zur Zeit des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig?
   b) Besteht Veranlassung zu der Annahme, dass frühere Erkrankungen, besondere Körperbeschaffenheit (z. B. Korpulenz, Plattfüsse, Krampfadern etc.), Prädisposition etc. bei der Beurtheilung des Falles mit in Frage kommen?
5. Ist Ihnen während der Behandlung des Unfalls bekannt geworden, oder von früher her bekannt, ob Krankheiten oder Gebrechen oder Nachwirkungen von solchen, oder krankhafte Neigungen bestehen und event. welche?
   (Bedingungsgemäss ist die Gesellschaft berechtigt, diese Frage zu stellen, und der Versicherte ist mit Beantwortung derselben einverstanden!)
6. a) Ist durch den Unfall Arbeitsunfähigkeit entstanden und zwar gänzlich oder theilweise?
   b) Wie lange wird die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich von heute ab noch dauern und zwar:
      1. wie lange gänzlich?
      2. wie lange theilweise?
   c) Ist der Verletzte jetzt befähigt: auszugehen, zu reisen, schriftliche, körperliche Arbeiten zu verrichten, Aufsicht in seinem Betriebe ganz, theilweise auszuüben?
7. Welche Anordnungen haben Sie getroffen?

II. Zwischen-Attest zum U.-Sch. Nr. . . .

1. Befindet sich der Verletzte noch in ihrer Behandlung?
2. Ist seit Ausstellung Ihres letzten Attestes in dem Befinden des Verletzten eine wesentliche Aenderung eingetreten?
   Welche?
3. Ist sonst noch etwas zu bemerken?
   Insbesondere wird um Beantwortung folgender Frage gebeten:

III. Schlussattest nach erfolgter ärztlicher Behandlung.

1. a) Wie lange befand sich die verletzte Person in ihrer Behandlung?
   Vom . . . . 19 . . bis . . . . 19 . .
   b) Hat der Verletzte seine gewöhnliche Beschäftigung wieder aufgenommen und an welchem Tage?
   c) Hat die Behandlung eine Unterbrechung erlitten? Wie lange und warum?

2. Erfolgte die Heilung in ungestörter Weise, oder wurde dieselbe durch Zwischenfälle oder anderweite Erkrankungen beeinflusst und welche? Der Verletzte ist versichert als: (von der Gesellschaft auszufüllen).

[Nur dieser Beruf und die angegebenen Beschäftigungen sind bei Beantwortung der folgenden Fragen zu berücksichtigen!]

3. a) In welchem Umfange war der Verletzte während des Heilverfahrens zur Ausübung seines Berufes bezw. der angegebenen Beschäftigungen befähigt?

b) Wie lange bestand nach Ihrer Ansicht
gänzliche Arbeitsunfähigkeit? Vom . . . bis einschl. zum . . .
theilweise Arbeitsunfähigkeit? (In Prozenten anzugeben.)
Vom . . . . bis einschliesslich zum . . . . zu . . . Proz.
Vom . . . . bis einschliesslich zum . . . . zu . . . Proz.
Es wird gebeten hierunter kurz die Thatsachen anzugeben, welche Sie zur Schätzung der einzelnen Grade bestimmt haben.

Zufrieden gestellt sind die Versicherten privater U.-V.-Gesellschaften keineswegs leichter als die staatlich versicherten Arbeiter. Ja, für den Arzt bringt die Begutachtung nicht selten grössere Misshelligkeiten mit sich, als dies bei der Arbeiterversicherung der Fall ist. Das Eingreifen der Vertrauens- oder Revisionsärzte der Gesellschaften führt oft zu Verstimmung unter den Kollegen. Die eigenen Patienten glauben vielfach ihr Interesse nicht genügend gewahrt und Uebertreibung und Simulation sind bei den in der Regel intelligenteren Versicherten privater U.-V.-Gesellschaften ebenso häufig, wenn nicht öfter zu finden als unter den Arbeitern. Da ist es oft nicht leicht den Weg strengster Objektivität zu wandeln. Man darf es sich indes nicht anfechten lassen, wenn man nicht die Anerkennung aller Betheiligten findet!

Alle Streitfragen in privaten Unfallversicherungsangelegenheiten kommen vor den ordentlichen Prozessgerichten (Amtsgericht etc.) zum Austrag. Aber viele Gesellschaften haben zur Vermeidung des öffentlichen Prozessweges die Vertragsbestimmung in ihrer Police, dass bei Streitigkeiten über die Entschädigungsfrage ein Schiedsrath (Schiedsgericht) zu ernennen ist, zu welchem unter dem Vorsitz eines Obmanns jede Partei je einen autoritativen Arzt als Vertreter wählt. Die Entscheidungen dieses Schiedsrathes sind dann bindend für beide Theile.

Zweiter Abschnitt.

Invalidenversicherung.

I. Organisation. Höhe der Beiträge.

Das Invalidenversicherungsgesetz (I.-V.-G.) für das deutsche Reich vom 13. Juli 1899 ist an die Stelle des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes vom 22. Juni 1889 getreten. Wesentliche den Arzt interessirende Aenderungen hat das neue Gesetz nicht gebracht.

Die Organe der Invalidenversicherung sind die Landesversicherungsanstalten (L.-V.-A.), die Schiedsgerichte und das Reichsversicherungsamt.

Zur Invalidenversicherung steuern Arbeitgeber und Versicherte gleichviel bei, und zwar beträgt die Höhe der Beiträge:

			für jeden pro Arbeitswoche	Beitragsmarke
In der Lohnklasse	I,	Jahresarbeitsverdienst bis zu 350 Mk.,	0,07 Mk,	0,14 Mk.
„ „ „	II,	„ 350—550 „	0,10 „	0,20 „
„ „ „	III,	„ 550—850 „	0,12 „	0,24 „
„ „ „	IV,	„ 850—1150 „	0,15 „	0,30 „
„ „ „	V,	„ 1150 2000 „	0,18 „	0,36 „

Der Arbeitgeber jeder beginnenden Kalenderwoche hat seine und des Versicherten Beitragsquote in Form von Marken in die Quittungskarte einzukleben. Er hat rechtzeitig, d. h. nur von den beiden letzten Lohnzahlungen, den auf den Arbeiter entfallenden Betrag diesem abzuziehen. Dieser kann verlangen, in einer höheren Lohnklasse sich zu versichern, indess entfällt die Differenz auf seine Kosten. Feiernde Arbeiter können die Versicherung freiwillig fortsetzen. Auch Gewerbetreibende und Betriebsunternehmer, welche nicht regelmässig mehr als zwei versicherungspflichtige Lohnarbeiter beschäftigen, sowie auch die Handwerkstreibenden sind, so lange sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, berechtigt, sich nach Massgabe des Gesetzes zu versichern. Von dieser Selbstversicherung sollte in eigenstem Interesse recht reichlich Gebrauch gemacht werden.

2. Kreis der Versicherten, Anspruch und Wartezeit.

Der Kreis der Versicherten ist im Gesetz wie folgt bestimmt:

„§ 1. Nach Massgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes werden vom vollendeten sechzehnten Lebensjahre ab versichert:

1. Personen, welche als Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge oder Dienstboten gegen Lohn oder Gehalt beschäftigt werden;
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehilfen und -Lehrlinge (ausschliesslich der in Apotheken beschäftigten Gehilfen und Lehrlinge), sonstige Angestellte, deren dienstliche Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, sowie Lehrer und Erzieher, sämmtlich sofern sie Lohn oder Gehalt beziehen, ihr regelmässiger Jahresarbeitsverdienst aber 2000 Mark nicht übersteigt, sowie
3. die gegen Lohn oder Gehalt beschäftigten Personen der Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge (§ 2 des Gesetzes vom 13. Juli 1887, Reichs-Gesetzbl. S. 329) und von Fahrzeugen der Binnenschifffahrt, Schiffsführer jedoch nur dann, wenn ihr regelmässiger Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt 2000 Mark nicht übersteigt."

Ueber die Voraussetzungen des Anspruchs und die Wartezeit bestimmt das Gesetz Folgendes:

„§ 28. Zur Erlangung eines Anspruchs auf Invaliden- oder Altersrente ist, ausser dem Nachweise der Erwerbsunfähigkeit, beziehungsweise des gesetzlich vorgesehenen Alters, erforderlich:

1. die Zurücklegung der vorgeschriebenen Wartezeit;
2. Die Leistung von Beiträgen.

§ 29. Die Wartezeit beträgt:

1. bei der Invalidenrente, wenn mindestens 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht geleistet worden sind, 200 Beitragswochen, andernfalls 500 Beitragswochen,
2. bei der Altersrente 1200 Beitragswochen.

Die für die freiwillige Versicherung (§ 14) geleisteten Beiträge kommen auf die Wartezeit für die Invalidenrente nur dann zur Anrechnung, wenn mindestens 100 Beiträge auf Grund eines die Versicherungspflicht oder die Berechtigung zur Selbstversicherung begründenden Verhältnisses geleistet worden sind.

Die Vorschrift des Abs. 2 findet keine Anwendung auf Beiträge, welche von den Versicherten innerhalb der ersten vier Jahre, nachdem die Versicherungspflicht für ihren Berufszweig in Kraft getreten ist, freiwillig geleistet worden sind."

3. Veränderung der Verhältnisse; Entziehung der Rente.

Die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften lauten:

„§ 47. Tritt in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig (§§ 15, 16) erscheinen lässt, so kann demselben die Rente entzogen werden.

Ist begründete Annahme vorhanden, dass der Empfänger einer Invalidenrente bei Durchführung eines Heilverfahrens die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde, so kann die Versicherungsanstalt zu diesem Zweck ein Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen des § 18 Abs. 2 bis 4 §§ 19, 20, 21, 23 mit der Massgabe Anwendung, dass an Stelle der Angehörigenunterstützung die Invalidenrente treten kann. Hat sich der Rentenempfänger solchen Massnahmen der Versicherungsanstalt ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm die Rente auf Zeit ganz oder theilweise entzogen werden, sofern er auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, dass er durch sein Verhalten die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit vereitelt hat.

Die Entziehung der Rente tritt nach Ablauf des Monats in Wirksamkeit, an welchem der die Entziehung aussprechende Bescheid zugestellt worden ist.

Wird die Rente von neuem, oder wird an Stelle einer nach § 16 gewährten Invalidenrente eine Rente für dauernde Erwerbsunfähigkeit (§ 15) bewilligt, oder wird eine Altersrente bewilligt, so ist die Zeit des früheren Rentenbezuges dem Versicherten ebenso wie eine bescheinigte Krankheitszeit (§ 40, Abs. 1) anzurechnen.

§ 48. Das Recht auf Bezug der Rente ruht:
1. für diejenigen Personen, welche auf Grund der reichsgesetzlichen Bestimmungen über Unfallversicherung eine Rente beziehen, so lange und so weit die Unfallrente unter Hinzurechnung der ihnen nach dem gegenwärtigen Gesetze zugesprochenen Rente den siebeneinhalbfachen Grundbetrag der Invalidenrente (§ 36, Abs. 2, 3) übersteigt;
2. für die in den §§ 5, 6 Abs. 1, § 7 bezeichneten Personen, so lange und so weit die denselben gewährten Pensionen, Wartegelder oder ähnlichen Bezüge unter Hinzurechnung der ihnen nach dem gegenwärtigen Gesetze zugesprochenen Rente den in Ziffer 1 bezeichneten Höchstbetrag übersteigen;
3. so lange der Berechtigte eine die Dauer von einem Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst, oder so lange er in einem Arbeitshause oder in einer Besserungsanstalt untergebracht ist."

„Der Grundsatz der Unfallversicherung, nach welchem bei einer wesentlichen Aenderung der für die Feststellung der Entschädigung massgebend gewesenen Verhältnisse eine anderweite Feststellung derselben und sonach auch eine Erhöhung oder Verminderung der Rente zulässig ist, kann bei der, unabhängig von der Erwerbsunfähigkeit des Versicherten zu gewährenden Altersrente überhaupt nicht, bei der Invalidenrente aber nur unter wesentlicher Beschränkung zur Anwendung gelangen, weil die Invalidenrente nicht, wie die Unfallrente, nach dem Masse der Erwerbsfähigkeit abgestuft ist. Veränderungen der Verhältnisse können daher niemals zu einer Ermässigung der Invalidenrente führen, sondern müssen entweder unberücksichtigt bleiben, oder die Entziehung der vollen Rente zur Folge haben. Ersteres würde eine ungerechtfertigte Belastung der Versicherungsanstalt bedeuten. Denn bei demjenigen, dessen Verhältnisse sich nachträglich so gestaltet haben, dass er nicht mehr als dauernd erwerbsunfähig erscheint, liegen die Voraussetzungen, an welche die Gewährung der Rente geknüpft war, nicht mehr vor; und mit dem Fortfall ihrer Voraussetzung wird der Rechtsgrund der Rente selbst hinfällig. Es bleibt daher in solchem Falle nur die gänzliche Entziehung der Rente auf dem für die Festsetzung derselben vorgesehenen Wege übrig." (Motive des ersten Entwurfs S. 90).

4. Uebernahme des Heilverfahrens.

Den Versicherungsanstalten ist in ähnlicher Weise wie den B.-G. die Uebernahme des Heilverfahrens gestattet. Hierbei wird der behandelnde Arzt über die Aussichten eines solchen gegebenen Falles sich zu äussern haben. Die betreffenden Bestimmungen haben folgenden Wortlaut:

„§ 18. Ist ein Versicherter dergestalt erkrankt, dass als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet, so ist die Versicherungsanstalt befugt, zur Abwendung dieses Nachteils ein Heilverfahren in dem ihr geeigneten Umfange eintreten zu lassen.

Die Versicherungsanstalt kann das Heilverfahren durch Unterbringung des Erkrankten in einem Krankenhause oder in einer Anstalt für Genesende gewähren. Ist der Erkrankte verheirathet oder hat er eine eigene Haushaltung oder ist er Mitglied der Haushaltung seiner Familie, so bedarf es hierzu seiner Zustimmung.

Lässt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so gehen bei Versicherten, welche der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge unterliegen, vom Beginn dieses Heilverfahrens an bis zu dessen Beendigung die Verpflichtungen der Krankenkasse gegen den Versicherten auf die Versicherungsanstalt über. Dieser hat die Krankenkasse Ersatz zu leisten in Höhe desjenigen Krankengeldes, welches der Versicherte von der Krankenkasse für sich beanspruchen konnte.

Während des Heilverfahrens ist für solche Angehörigen des Versicherten, deren Unterhalt dieser bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, eine Unterstützung auch dann zu zahlen, wenn der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenversorgung nicht unterliegt. Diese Angehörigenunterstützung beträgt, sofern der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen

Krankenfürsorge bis zum Eingreifen der Versicherungsanstalt unterlag, die Hälfte des für ihn während der gesetzlichen Dauer der Krankenunterstützung massgebend gewesenen Krankengeldes, im übrigen ein Viertel des für den Ort seiner letzten Beschäftigung oder seines letzten Aufenthalts massgebenden ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter. Wenn der Versicherte Invalidenrente erhält, kann dieselbe auf die Angehörigenunterstützung angerechnet werden.

Die Versicherungsanstalt muss jedoch ihren Entschluss, die versicherte Person in ein Krankenhaus bringen zu lassen, bedingungslos und unter Hinweis auf die Folgen, welche das ablehnende Verhalten des Versicherten gemäss § 22 nach sich zieht, diesem selbst gegenüber zu erkennen geben.

Durch eine Aufnahme des Versicherten in ein Krankenhaus wird die Pflicht der Rentenzahlung abgesehen vom § 25 nicht beseitigt.

Eine Operation wider Willen des Versicherten ist auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung unstatthaft. Zu den Massnahmen im § 22 gehören also Operationen, welche einen Eingriff in den Bestand oder die Unversehrtheit des menschlichen Körpers darstellen, nicht.

§ 19. Die Versicherungsanstalt, welche ein Heilverfahren eintreten lässt, ist befugt, die Fürsorge für den Erkrankten der Krankenkasse, welche er angehört oder zuletzt angehört hat, in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Versicherungsanstalt für geboten erachtet. Werden dadurch der Kasse Leistungen auferlegt, welche über den Umfang der von ihr gesetzlich oder statutarisch zu leistenden Fürsorge hinausgehen, so hat die Versicherungsanstalt die entstehenden Mehrkosten zu ersetzen; bestand eine Fürsorgepflicht der Krankenkasse nicht mehr, so ist ihr von der Versicherungsanstalt bei Gewährung der im § 6 Abs. 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes[1]) bezeichneten Leistungen das halbe, bei Unterbringung des Versicherten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende, das ein- und einhalbfache Krankengeld zu ersetzen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

§ 20. Als Krankenkassen im Sinne der Bestimmungen in §§ 18, 19 gelten auch diejenigen Hilfskassen, welche die im § 75 a des Krankenversicherungsgesetzes vorgesehene amtliche Bescheinigung besitzen.

§ 21. Ist die Krankheit, wegen deren das Heilverfahren eingeleitet wurde, auf einen nach den Reichsgesetzen über Unfallversicherung zu entschädigenden Unfall zurückzuführen, und ist durch das Heilverfahren der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (§§ 15, 16) verhindert und zugleich eine Entlastung des entschädigungspflichtigen Trägers der Unfallversicherung herbeigeführt worden, indem die Unfallentschädigung ganz oder zum Theil nicht zu bewilligen war oder in Wegfall gekommen ist, so hat die Versicherungsanstalt gegen diesen Träger Anspruch auf Ersatz der Kosten des Heilverfahrens in dem im § 19 Satz 3 vorgesehenen Umfange. Ein Ersatz für Kosten des Heilverfahrens, welche vor dem Beginn der vierzehnten Woche nach dem Unfall entstanden sind, kann nicht beansprucht werden.

Für die Ansprüche des Versicherten an den Träger der Unfallversicherung ist die Uebernahme des Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt der Uebernahme durch den Träger der Unfallversicherung gleich zu achten.

§ 22. Wird der Versicherte in Folge der Krankheit erwerbsunfähig, so kann ihm, falls er sich den gemäss §§ 18, 19 von der Versicherungsanstalt getroffenen Massnahmen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen hat, die Invalidenrente auf Zeit ganz oder theilweise entzogen werden, sofern er auf die Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, dass die Erwerbsunfähigkeit durch sein Verhalten veranlasst ist."

Auch bei einem Empfänger der Invalidenrente kann die L.-V.-A. ein Heilverfahren anordnen, wenn begründete Annahme vorhanden, dass derselbe dadurch die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt (s. vorher § 47, Abs. 2, S. 489).

---

[1]) Nach dieser Bestimmung des Krankenversicherungsgesetzes sind als Krankenunterstützung von Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel zu gewähren.

5. Erwerbsunfähigkeit. Höhe der Rente.

Erwerbsunfähigkeit im Sinne des I.-V.-G. (§ 5 Abs. 4) besteht, wenn die E.-F. der Versicherten in Folge von Alter, Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist. Dies ist anzunehmen, wenn sie nicht mehr im Stande sind, durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Thätigkeit, die ihnen unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufs zugemuthet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Den Begriff „Berufsinvalidität" erörtert die Rev.-E. vom 21. 2. 1893:

„Unzutreffend ist die Ansicht, dass der Kläger schon deshalb als dauernd erwerbsunfähig im Sinne dieses Gesetzes gelten müsse, weil er seinem bisherigen Beruf als Maschinenwärter nie wieder wird nachgehen können. Denn unter Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Vorschrift ist nicht das Unvermögen, die schwereren oder auch nur die gewöhnlichen Arbeiten des bisherigen Berufes verrichten zu können (Berufsinvalidität), sondern die Unfähigkeit zu verstehen, weder in dem bisherigen Beruf, noch durch anderweite, für die betr. Person geeignete Thätigkeit die im § 9 bezeichnete Quote zu verdienen. Bei Prüfung dieser Frage sind nun allerdings die individuellen Kräfte und Fähigkeiten insofern nicht ohne Bedeutung, als es nicht angehen würde, den Rentenbewerber auf eine Thätigkeit zu verweisen, die er mit den ihm zu Gebote stehenden Mitteln und Fähigkeiten ausser Stande ist zu leisten."

Altersrente erhält ohne Weiteres jeder Versicherte, der das 70. Lebensjahr vollendet hat.

Invalidenrente erhält bei erfüllter Voraussetzung des Anspruchs (§ 28 und 29, s. S. 489).

„§ 16. 1. Wer die dauernde Erwerbsunfähigkeit nachweisen kann (§ 15.), aber auch

2. ein nicht dauernd erwerbsunfähiger Versicherter, wenn er während 26 Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, für die Dauer der ferneren Erwerbsunfähigkeit."

Die Höhe der Alters- und Invalidenrente berechnet sich folgendermassen. Es giebt erstens eine vom Reiche gewährte Rente, den Reichszuschuss, der ohne Unterschied 50 Mark beträgt. Der von der L.-V.-A. selbst gewährte Grundbetrag stuft sich ab nach der Lohnklasse und erhält ausserdem nach dieser einen Zuschlag, der für jede Beitragswoche 3, 6, 8, 10 oder 12 Pfennige beträgt (Steigerungssatz).

Lohnklasse mit Jahresarbeitsverdienst ℳ	Reichszuschuss ℳ	Anstaltsbeitrag ℳ	Summa ℳ	Zuschlag (Steigerungssatz) Beitragswochen	× Lohnklassenquote in Pfennigen
I. bis 350	50,—	60,—	110,—		× 3
II. 350—550	50,—	70,—	120,—		× 6
III. 550—850	50,—	80,—	130,—		× 8
IV. 850—1150	50,—	90,—	140,—		× 10
V. 1150—2000	50,—	100,—	150,—		× 12

Anspruch auf Invaliden- oder Altersrente ist bei der zuständigen unteren Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle anzumelden.

Bei Verquickung der Ansprüche auf Unfall- oder Invaliditätsrente kommt der § 113 I.-V.-G. in Betracht.

„Die Annahme, dass die Erwerbsunfähigkeit durch einen nach den Unfallversicherungsgesetzen zu entschädigenden Unfall verursacht ist, begründet nicht die Ablehnung des Anspruches auf Invalidenrente. Es ist vielmehr, sofern im übrigen die Voraussetzungen, unter denen eine Invalidenrente bewilligt werden darf, vorliegen, diese Rente festzustellen.

Ist sodann die Invalidenrente für einen Zeitraum gezahlt, für welchen dem Empfänger ein Anspruch auf Unfallrente zusteht, so geht der Anspruch insoweit auf die Versicherungsanstalt über, als die gewährte Invalidenrente die zu gewährende Unfallrente nicht übersteigt.

Die Versicherungsanstalten sind berechtigt, an Stelle des Verletzten die Feststellung der Unfallrente, soweit diese noch nicht erfolgt ist, zu beantragen und nöthigenfalls das durch die Unfallversicherungsgesetze vorgeschriebene Verfahren durchzuführen, auch an Stelle des Verletzten Rechtsmittel einzulegen und zwar ohne Rücksicht auf Fristen, welche ohne ihr Verschulden verstrichen sind.

Die Versicherungsanstalten sind auch dann berechtigt, nach Abs. 3 die Feststellung von Unfallrenten herbeizuführen, wenn als Folge hiervon ein völliges oder theilweises Ruhen der Invaliden- oder Altersrente eintreten würde.

War in den Fällen des Abs. 1 von der Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eingeleitet, so finden die Bestimmungen des § 21 entsprechende Anwendung. (Seite 491).

Streitigkeiten aus Anlass des Ersatzanspruchs (Abs. 2, 5) werden durch das Reichs-Versicherungsamt entschieden."

Durch einen Unfall dauernd erwerbsunfähige Personen, denen für die Zeit des Bezuges der Unfallrente ein Anspruch auf Invalidenrente nicht zusteht, können auf ihren Antrag (binnen zwei Jahren nach dem Unfall) die Hälfte der für sie entrichteten Beiträge, also alles zurückerhalten, was sie selbst gezahlt haben. Auch weiblichen Versicherten ist für den Fall, dass sie eine Ehe eingehen, die Rückerstattung gesichert; desgleichen stehen den Hinterbliebenen Rechte auf Rückerstattung der Beiträge zu.

6. Aerztliche Gutachten.

Der Arzt hat als Sachverständiger im Dienste des I.-V.-G. sich im wesentlichen über die **Erwerbsunfähigkeit** zu äussern. Dieselbe ist nach dem oben angeführten § 5 Abs 4 in ihrem Begriff eine wesentlich andere als diejenige im Sinne des U.-V.-G.; man kann nur das richtige treffen, wenn man sich streng an die Definition hält, die jeder Einholung eines Invaliden-Gutachtens beigegeben ist.

Das Gutachten wird von den Versicherungs-Anstalten in der Regel nach einem gedruckten Formular verlangt, dessen Fragen aufs genaueste zu beantworten sind.

Die grösste Schwierigkeit macht zweifellos auch hier, wie bei Unfallverletzten, die objektive Schilderung des objektiven Befundes. Ja, es ist leichter eine chirurgische Verletzung mit ihren Folgen zu beschreiben, als die Altersveränderungen, die sich ja nicht an einem, sondern gemeinhin an allen Organen des Körpers äussern, oder Zeichen einer chronischen Organerkrankung mit all ihren Folgeerscheinungen an den anderen

Organen. Und doch muss der Arzt den Schwerpunkt nicht auf eine lakonische Diagnose, sondern auf eine streng objektive Schilderung der Einzelbefunde legen; er muss bedenken, dass die V.-A. das Gutachten ihrem Vertrauensarzt vorlegt, der auf Grund desselben seine Vorschläge dem Spruchkollegium zu machen hat. Diese lauten keineswegs ohne Weiteres auf Ablehnen oder Gewähren der Rente. Vielmehr muss der Vertrauensarzt in allen Fällen, wo er das eingeholte Gutachten der Form nach oder sachlich ungenügend begründet findet, ein zweites Gutachten einholen lassen. Dasselbe wird entweder von einem zweiten Arzt am Ort des Invalidenanwärters event. vom beamteten Arzt eingeholt, oder der Anwärter wird zur Untersuchung durch die Vertrauensärzte der V.-A. dorthin zitirt. Es trägt nicht zur Hebung des ärztlichen Ansehens, zur Hochachtung vor den ärztlichen Leistungen bei, wenn dann das erste Gutachten als auf leichtfertigen Voraussetzungen beruhend sich erweist, oder wenn es mehr von falscher Humanität, als von sachverständigen, objektiven Erwägungen diktirt ist.

Wer sich bei seiner Klientel durch ein ablehnendes Gutachten zu schaden fürchtet, der möge die Akten mit dem höflichen Ersuchen zurückreichen, einen andern Arzt aufzufordern, anstatt seinem Ansehen und demjenigen des ganzen ärztlichen Standes durch ein mangelhaftes Zeugniss Abbruch zu thun.

Die Gutachten über Invaliden-Anwärter behandeln häufiger als die über Unfallverletzte Erkrankungen innerer Organe. Da kommt es auf genaue Feststellung der Zahl der Pulse, der Respirationen, auf das Ergebniss der Inspektion, auf sorgfältige auskultatorische und perkutorische Untersuchung an. Es ist manchen Gutachten anzusehen, dass der Arzt auf eine flüchtige Untersuchung hin sich eine Diagnose zurecht gemacht hat, z. B. Emphysem mit Bronchitis, dass er dann nach einem klinischen Lehrbuch gegriffen hat und aus diesem sich einen schönen, aber für den Fall naturgemäss oft wenig zutreffenden Befund zusammengelesen hat. Laien könnte das gelegentlich entgehen, dem meist sehr erfahrenen Arzt der V.-A. entgeht es in der Regel nicht. Man sollte sich also im eigenen Interesse auch vor diesem Kunstgriff der Bequemlichkeit sorgsam hüten.

Andererseits kann die V.-A. bei der Durchführung dieses humanen Gesetzes des behandelnden Arztes nicht ganz entrathen. In den zahlreichen „Grenzfällen", in denen man im Zweifel sein kann, ob die Kriterien der Erwerbsunfähigkeit wirklich gegeben sind, ist seine Beobachtung des Anwärters für die V.-A. von höchstem Werth.

Der allgemeine Gesundheitszustand kommt bei der Beurtheilung der E.-F. im Bereich der Invaliden-Versicherung fast noch mehr in Betracht als bei der Unfallversicherung. Allgemeines Siechthum, ekelerregende Zustände, das Zusammenwirken mehrerer Krankheiten bedingt öfter die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des I.-V.-G. Es ist also in der Begründung eines Urtheils darauf ausführlich zurückzukommen.

Ueber die Begriffe der dauernden, der zeitigen und der ununterbrochenen Erwerbsunfähigkeit muss sich der Sachverständige klar werden, da es nach den oben angeführten Paragraphen gelegentlich zu dieser Fragestellung kommt. Eine ununterbrochene Erwerbsunfähigkeit von 26 Wochen braucht noch keine dauernde zu sein. Sie wird es erst, wenn ein lebenswichtiges Organ nachweisbar dauernd zu Grunde gegangen ist, wenn alle Heilmittel wirklich erschöpft sind. So sind Frauen mit riesigen Uterusmyomen, mit grossen Prolapsen, mit chronischen Unterschenkelgeschwüren durch einen operativen Eingriff oft wieder ganz oder zu einem grossen Theil erwerbsfähig geworden. Tuberkulose der Lungen, der Knochen kann noch nach vielmonatlichem Kranksein wieder ausheilen; dasselbe gilt von manchen Geisteskrankheiten.

Es werden also gelegentlich auch schwierige Fragen bezüglich der Prognose an den Arzt gestellt. Am häufigsten handelt es sich um die Lungenschwindsucht.

Die V.-A. wenden in neuerer Zeit ausserordentliche Mittel auf für Errichtungen von Lungenheilstätten und für die Unterbringung ihrer Patienten in offenen Kurorten. Sie haben kein Interesse daran, unheilbare, aussichtslose Fälle für ihre Kosten in Obsorge zu übernehmen; es kann sich daher nur um beginnende, also einer rationellen Therapie noch zugängliche, mit Erfolg angreifbare Fälle handeln.

Wenn auch in allen diesen Fragen schliesslich der Vertrauensarzt der V.-A. das ausschlaggebende Wort zu sprechen hat, so sind es doch immer die behandelnden Kassenärzte, denen es obliegt, die erste Auswahl unter ihren Patienten für die etwaige Uebernahme des Heilverfahrens zu treffen, die V.-A. gewissermassen auf geeignete Patienten aufmerksam zu machen. Ebenso verlangt die Humanität, dass man Kranken mit einem beginnenden schleichenden Leiden rechtzeitig die Wohlthat des Gesetzes ermöglicht.

Aber hier ist grösste Objektivität, gründliche medizinische Kenntniss die Voraussetzung eines für den Patienten nutzbringenden und die Allgemeinheit nicht schädigenden Rathes. Empfiehlt man einem Unheilbaren, sich an die V.-A. zu wenden, und wird er auf Grund einer besseren Untersuchung von dieser zurückgewiesen, so kann eine tiefe Verstimmung und Groll gegen die so humanen Gesetzesbestimmungen nicht ausbleiben; der Arzt beraubt sich damit oft eines der besten Heilfaktoren, der frohen Stimmung des Patienten, der Hoffnung auf Genesung, ganz abgesehen davon, dass der Anstalt, welche den Kranken kommen oder ihn noch anderweitig untersuchen lässt, Kosten erwachsen, die schliesslich die Allgemeinheit tragen muss.

Die ärztliche Untersuchung muss in allen diesen Fällen eine besonders sorgfältige sein. Die V.-A. geben auch dafür in der Regel besondere Fragebogen aus, deren Ausfüllung mit ausgesuchter Gründlichkeit erfolgen muss.

Die Gebühren für ärztliche Sachverständigenthätigkeit im Dienste der Invalidenversicherung regeln sich nach den in

den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Gebührenordnungen, soweit nicht andere Honorarsätze (3—6 Mk.) für die Gutachten über Erwerbsunfähigkeit der Invalidenanwärter durch Vereinbarung der V.-A. mit den lokalen ärztlichen Standesvertretungen festgesetzt sind.

Die Vertrauensärzte der Versicherungsanstalten müssen eine besonders vertiefte Kenntniss des I.-V.-G., des U.-V.-G. und des Krankenkassengesetzes haben, da in ihrer Thätigkeit sich eine grosse Anzahl schwieriger Fragen des Versicherungsrechts ergeben. Insbesondere müssen sie die Bestimmungen über das Ineinandergreifen der drei Gesetze besonders bezüglich des Heilverfahrens des öfteren zur Anwendung bringen. In der Regel werden sie bei der Untersuchung der einberufenen Rentenanwärter und bei der Prüfung der ärztlichen Gutachten von Assistenzärzten unterstützt, da das Material der Versicherungsanstalten die Kräfte eines Einzelnen bei weitem übersteigt.

Dritter Abschnitt.

Lebensversicherung.

Die privaten Versicherungsunternehmungen, welche vom 1. Januar 1902 ab ebenfalls unter staatliche Aufsicht, und zwar unter diejenige eines Kaiserlichen Aufsichtsamtes gestellt werden, haben in ihrer Direktion einen ärztlichen Begutachter, den Gesellschaftsarzt, dem vor der Annahme eines Versicherten die ärztlichen Gutachten unterbreitet werden, welche die Aufnahme einer zum Eintritt sich meldenden Person empfehlen. Die Lebensversicherungsgesellschaften lassen durchweg solche Aufnahmezeugnisse von ihren Vertrauensärzten, die sie in allen grösseren und kleineren Städten haben, ausstellen. Während bei der staatlichen Unfall- und Invalidenversicherung der ärztliche Gutachter sich über den Grad der durch einen Unfall oder eine Krankheit bedingten Erwerbsunfähigkeit zu äussern hat, kommt es bei den Zeugnissen für die Lebensversicherungsgesellschaften darauf an, durch einen objektiven Untersuchungsbefund das Mass der Lebensaussichten, Lebenschancen festzustellen. Die vertrauensärztlichen Atteste dienen dem Gesellschaftsarzt als Grundlage für die Entscheidung, ob es für die Gesellschaft nach menschlicher Voraussicht rentabel ist, einen Antragsteller unter den bei ihr üblichen Bedingungen aufzunehmen oder nicht. Nach der Berechnung der Versicherungsmathematiker beträgt die durchschnittliche Lebensdauer der verschiedenen Altersstufen bei einem Alter von

21 J.	$41_{,4}$	J.	29 J.	$35_{,3}$	J.	37 J.	$29_{,5}$	J.	45 J.	$23_{,8}$	J.
22 „	$40_{,5}$	„	30 „	$34_{,6}$	„	38 „	$28_{,7}$	„	46 „	$23_{,1}$	„
23 „	$39_{,7}$	„	31 „	$33_{,8}$	„	39 „	$28_{,0}$	„	47 „	$22_{,4}$	„
24 „	$38_{,9}$	„	32 „	$33_{,1}$	„	40 „	$27_{,3}$	„	48 „	$21_{,7}$	„
25 „	$38_{,2}$	„	33 „	$32_{,4}$	„	41 „	$26_{,6}$	„	49 „	$21_{,1}$	„
26 „	$37_{,5}$	„	34 „	$31_{,6}$	„	42 „	$25_{,9}$	„	50 „	$20_{,4}$	„
27 „	$36_{,8}$	„	35 „	$30_{,9}$	„	43 „	$25_{,2}$	„	51 „	$19_{,7}$	„
28 „	$36_{,1}$	„	36 „	$30_{,2}$	„	44 „	$24_{,5}$	„	52 „	$19_{,1}$	„

53 J.	$18_{,4}$	J.	61 J.	$13_{,5}$	J.						
54 „	$17_{,8}$	„	62 „	$13_{,0}$	„						
55 „	$17_{,2}$	„	63 „	$12_{,4}$	„						
56 „	$16_{,5}$	„	64 „	$11_{,9}$	„						
57 „	$15_{,9}$	„	65 „	$11_{,4}$	„						
58 „	$15_{,3}$	„	66 „	$10_{,9}$	„						
59 „	$14_{,7}$	„	67 „	$10_{,4}$	„						
60 „	$14_{,1}$	„	68 „	$10_{,0}$	„						

Das ärztliche Zeugniss hat nun nicht blos einen sehr genauen Befund des gegenwärtigen Zustandes eines Antragstellers zu geben, sondern vor allem auch eine sehr genaue

Anamnese. In erster Linie sind alle für die Gesundheitsverhältnisse wichtigen erblichen Verhältnisse aufs sorgfältigste zu eruiren, die eine Minderung der Lebensaussichten in sich schliessen. Tuberkulose, Geisteskrankheiten, nervöse gichtige und diabetische Veranlagung, Trunksucht sind besonders ins Gewicht fallende Momente, auf die man zu fahnden hat. Es ist von höchstem Werth für die Gesellschaft, zu erfahren, ob die Eltern oder Geschwister des Antragstellers an solchen Krankheiten gelitten haben. Für den Krebs (Karzinom und Sarkom) ist die Vererbung noch zu wenig sichergestellt, als dass darauf die Versicherungs-Gesellschaften (V.-G.) Werth legen könnten. Eher würde ererbte Syphilis bei jugendlichen Individuen ins Gewicht fallen. Die Ausholung über diese Verhältnisse muss mit einem gewissen diplomatischen Geschick erfolgen, da man beim Antragsteller, der ja den Wunsch hat, aufgenommen zu werden, in der Regel die Neigung voraussetzen muss, die Beantwortung derartiger Fragen zu umgehen. Das kann ihm gelingen, ohne Unwahrheiten zu sagen, die, wenn sie sich erweisen lassen, die etwaige Entschädigungspflicht der V.-G. statutengemäss aufheben würde.

In zweiter Linie sind die Erhebungen über vorausliegende Gesundheitsbeschädigungen des Antragsstellers selbst von hoher Wichtigkeit. Solche bringt erfahrungsgemäss der Beruf oft mit sich. Deshalb lehnen manche V.-G. Angehörige gewisser Berufe ganz ab oder sie legen ihnen Prämienzuschläge auf.

Bei fast allen Lebensversicherungsgesellschaften befinden sich besondere Instruktionen für ihre Vertrauensärzte, in denen meist auch in Bezug auf die verschiedenen Berufsarten und deren Gefahren Anhaltspunkte gegeben sind, die allerdings bei den einzelnen Gesellschaften nicht unerheblich von einander abweichen. Als nur abgekürzt oder nur gegen Zusatzprämie versicherbar werden z. B. bezeichnet wegen Einwirkung verschiedener Staubarten: Arbeiter und Aufseher in Zigarren-, Hader- und Papierfabriken, Bäcker und Konditoren, Buchdrucker und Schriftsetzer (Bleistaub), Bürstenbinder, Hutmacher, Kürschner, Müller, Weber, Seiler, Tapezirer, Tuchmacher, Ziegler (leiden diese Personen an chronischem Lungenkatarrh, so sind sie überhaupt nicht versicherbar); wegen Einwirkung gesundheitsschädlicher giftiger oder anderer Substanzen: Anstreicher, Bronzirer und Gelbgiesser, Gold- und Silberarbeiter, Lackirer, Photographen, Gürtler, Kupferstecher; wegen äusserer Gefahren: Bergleute im Tiefbau (bei manchen Gesellschaften überhaupt nicht versicherbar), Brunnenmacher, Dachdecker, Eisenbahnbeamte, Fischer, Fleischer, Maschinenbauer, Schornsteinfeger, Zimmerleute u. s. w.; wegen ungünstiger Lebensweise oder allgemeiner Schädlichkeiten: Bierbrauer, Destillateure, Gastwirthe, Kellner, Köche, Musiker, Künstler, Krankenwärter, Reisende (manche Gesellschaften lehnen überhaupt die Versicherung derartiger Personen ab, besonders der Weinreisenden). Nicht versicherbar sind in der Regel wegen höchst schädlicher Einwirkung verschiedener Staubarten: Feilenhauer, Glas-, Stahl-, Steinschleifer und Polirer, Porzellandreher, Steinhauer, Marmorarbeiter, Baumwollen- und Flachsspinner; wegen Einwirkung gesundheitsschädlicher giftiger oder anderer Substanzen: Arbeiter in chemischen Fäbriken, Spiegel- und Zündholzfabriken, Glasbläser und Glashüttenarbeiter; wegen äusserer Gefahren: Bergleute im Tiefbau (siehe vorher), Tunnel- und Caissonarbeiter, Arbeiter in Sprengstofffabriken, Branntweinbrenner, Bierbrauer (siehe vorher) u. s. w.

Ferner kommt die Lebensweise, der Lebenswandel und die hygienische und klimatische Beschaffenheit der Umgebung des Antragstellers in Betracht. Der Beruf eines Restaurateurs, der gezwungen ist, mit seinen Gästen

zu trinken, eines Reisenden, eines Agenten birgt zweifellos mehr Gefahren für die Gesundheit in sich als der eines Landgeistlichen, der aus Rücksicht auf seine Stellung sich von Ausschweifungen fern halten muss.

Der Arzt muss sich aber immer gegenwärtig halten, dass viele, besonders Frauen erst dann daran denken, in eine Lebensversicherung einzutreten, wenn sie sich selbst nicht mehr recht gesund fühlen. Sie wollen natürlich bei der Untersuchung recht gesund erscheinen und werden auch in ihren Angaben nicht immer sich an die strenge Wahrheit halten. Man wird sie mit umso grösserer Vorsicht aufnehmen, wenn die äusseren Umstände, unter denen die Versicherung abgeschlossen werden soll, eigenartig erscheinen. (Missverhältniss zwischen Versicherungssumme und Lebenslage, Prämienzahlung durch Dritte, Versicherung für Dritte). Der Agent der Gesellschaft, dem es auf seine Provision ankommt, macht den Arzt nicht immer auf diese Verhältnisse aufmerksam, obwohl es seine Pflicht wäre.

Auch die Frage nach Geschlechtskrankheiten muss stets mit besonderem Takt gestellt werden, wenn man etwas richtiges zur Antwort bekommen will. Die Syphilis, das ist heut wohl allgemein anerkannt, ist keineswegs allein diejenige Geschlechtskrankheit, welche die Lebensaussichten mindert. Die gonorrhoischen Spätkrankheiten sind mindestens ebenso bedeutungsvoll; wissen wir doch, dass sie nicht blos durch Strikturen und Blasenkatarrh zu schweren oft tötlichen Schädigung der allgemeinen Gesundheit führen, sondern dass auch der chronische Gelenkrheumatismus (Tripperguss), Herzleiden, Ischias unendlich viel öfter durch Gonorrhoe hervorgerufen wird, als man dies vor funfzehn Jahren noch für möglich gehalten hätte. Liegen Syphilis oder Gonorrhoe in der Anamnese eines Antragstellers vor, dann empfiehlt es sich auch über die Art der Behandlung dieser Krankheiten, die Zeit der Infektion und die überstandenen Folgen recht eingehende Erhebungen zu machen und in das Zeugniss zu schreiben. Denn die Thatsache der stattgehabten Infektion ist an sich noch kein Ablehnungsgrund für die meisten V.-G. Erst wenn aus der Krankengeschichte hervorgeht, dass die in Rede stehende Geschlechtskrankheit mangelhaft behandelt ist und deshalb immer wieder hervorzubrechen droht, oder wenn sie sich in ihrem Verlaufe als besonders hartnäckig erwiesen hat, dann wird die V.-G. Anstand nehmen den Antragsteller zu versichern. Die Ehefrauen von früher an Tripper erkrankten Männern sind mit Vorsicht zu empfehlen. Kinderlosigkeit, oft die Folge von doppelseitiger Nebenhodenentzündung, wird stets an Trippererkrankung des Ehemannes denken lassen. Personen, welche schon in einer Irrenanstalt oder Nervenheilanstalt waren (Hysterische, Neurasthenische, Trunkfällige, Morphinisten) wird keine V.-G. aufnehmen.

Eine sorgfältige Anamnese ergiebt für die spätere Untersuchung besondere Direktiven. So wird man bei überstandener Syphilis auf Residuen derselben fahnden, Drüsen, Leberschwel-

lung, periostale Wucherungen. Man wird bei chronischer Gonorrhoe dem Herzen, den Gelenken, vor allem dem Urin besondere Aufmerksamkeit schenken, unter Umständen bei Verdacht auf Strikturen sogar zum Bougie greifen.

Dem Antragsteller muss man darlegen, dass ihm thatsächlich durch einen solch genauen Befund am meisten gedient wird; denn wenn man auf Residuen von Geschlechtskrankheit mit durchaus negativem Resultat fahndet, dann wird er trotz des Fleckens in der Anamnese wohl aufgenommen, während ein knapper Bericht der Thatsache nicht selten die V.-G. zur Ablehnung geneigt macht.

Eine sehr sachgemässe Ergänzung der Anamnese schafft sich die V.-G. in der Regel durch Einholung des sogenannten **hausärztlichen Attestes,** auf dem unter Zustimmung des Antragstellers — und zwar auf einem vereinfachten Formular — der behandelnde Arzt um Auskunft über frühere Krankheiten befragt wird. Zu Gunsten des Antragstellers wird derselbe gewiss gern berichten. Verpflichtet ist trotz eines Beschlusses des Aerztetages kein Arzt, Auskunft zu geben, da ein öffentliches Interesse nicht vorliegt. Man muss jedoch bedenken, dass man seinen Patienten auch schaden kann durch eine unbegründete Verweigerung der Auskunft. Jedenfalls wäre es standesunwürdig, das Attest zu verweigern, etwa weil inzwischen der Antragsteller einen anderen Arzt genommen hat.

Bezüglich der vertrauensärztlichen Atteste, die man stets nach dem jeweiligen Formular der V.-G. auszustellen hat, kommen besondere Gesichtspunkte nicht in Frage. Nur sei betont, dass die physikalische Untersuchung deshalb besonders sorgfältig sein muss, weil es hier darauf ankommt, latente Krankheitsheerde, nicht vollausgebildete zu finden. Beginnende Lungentuberkulose, geringe Herzfehler können leicht übersehen werden. Andererseits kann man dem Untersuchten Unrecht thun, wenn man geringfügige Abweichungen von der Norm allzusehr betont. Nur wer viel Gesunde untersucht, weiss, wie oft man kleine Unregelmässigkeiten, besonders am Herzen, bei kerngesunden Leuten findet. Die physische Erregung, Eile zur Sprechstunde zu kommen, eine durchschwärmte Nacht, eine kräftige Zigarre beeinflussen auch bei Gesunden das Herz nicht selten in auffallender Weise; solche Umstände sind also zu erwähnen, und, wenn eine zweite Untersuchung nicht möglich ist, in Abzug zu bringen.

Die Form- und Gebührenfrage regelt sich nach Vereinbarungen zwischen dem Deutschen Aerztevereinsbunde und dem Verbande der deutschen Lebens-V.-G. Es ist zweckmässig, sich an diese nachstehend abgedruckten Vorschriften zu halten.

1. Hausärztliche Zeugnisse[1]).

Der Deutsche Aerztevereinsbund empfiehlt den Aerztevereinen folgenden mit dem Vereine deutscher Lebensversicherungs-Gesellschaften in gemeinschaftlicher Versammlung zu Eisenach am 10. Juni 1874 vereinbarte Beschlüsse:

[1]) Auf dem 38. Aerztetage (1900) hat sich dieser dahin ausgesprochen, dass es dem Interesse eines ständigen guten Einvernehmens zwischen dem deutschen

I. Die Ausstellung von hausärztlichen Attesten für Lebensversicherungs-Anstalten wird nicht verweigert, dieselbe erfolgt vielmehr, wenn den nachstehenden Bedingungen entsprochen wird:

1. Der Versicherungskandidat muss die Erklärnng schriftlich abgegeben haben, dass er die Aerzte, welche ihn behandeln oder behandelt haben, ermächtigt, der Versicherungs-Anstalt über alle Punkte, deren Erörterung mit Bezug auf seinen Gesundheitszustand der Anstalt wünschenswerth erscheint, volle und rücksichtslos offene Auskunft zu geben, dass er auch die Versicherungs-Anstalt ermächtigt, diese Auskunft selbst und direkt von den Aerzten einzuziehen.
2. Dem Arzte, welcher um ein hausärztliches Attest angegangen wird, muss die Zusicherung gegeben werden, dass der Versicherungskandidat die unter 1 erwähnte Ermächtigung ertheilt hat.
3. Das Formular des hausärztlichen Attestes soll hauptsächlich auf die Anamnese bezügliche Fragen enthalten. Die Ausstellung eines solchen erfordert keine vorgängige Untersuchung des Klienten.
4. Die hausärztlichen Atteste dürfen nicht durch die Agenten der Versicherungs-Anstalten von dem Arzte eingefordert werden, sondern sind durch die Anstalt selbst einzufordern und werden von dem Arzte direkt der Anstalt übersendet. Um die von den Anstalten zu beobachtende Diskretion zu wahren, dürfen die hausärztlichen Atteste weder den Agenten, noch dem Antragsteller, noch dem Vertrauensarzte der Anstalt am Wohnsitze des Hausarztes mitgetheilt werden. Indiskretionen von Seiten einer Lebensversicherungs-Gesellschaft, beziehentlich von Agenten derselben, werden zur Warnung des ärztlichen Publikums veröffentlicht.
5. Das Honorar für die Atteste bezahlt die Versicherungs-Anstalt direkt an den Arzt und stellt in keinem Falle dem Versicherten besondere Kosten für hausärztliche Atteste in Rechnung. Das Honorar beträgt für ein hausärztliches Attest 5 Reichsmark oder wird der freien Vereinbarung überlassen.

II. Die Feststellung der Bedingungen für die Erfüllung der Funktionen des Vertrauensarztes einer Lebensversicherungs-Anstalt unterliegt der freien Vereinbarung des einzelnen Arztes mit der betreffenden Anstalt und nicht den Beschlüssen der Aerztevereine."

„Nach einer Vereinbarung vom 28./29. 6. 1895 werden die Lebensversicherungs-Gesellschaften die hausärztlichen Atteste (abgesehen von den Fällen, in welchen der Aussteller des hausärztlichen Attestes verstorben ist) nicht mehr austauschen, sondern im Bedarfsfalle die Namen der betreffenden Aerzte aufgeben, um die Wiedereinforderung eines hausärztlichen Attestes zu ermöglichen."

2. Vertrauensärztliche Zeugnisse.

(Beschluss des XXIII. Deutschen Aerztetages zu Eisenach am 28. und 29. Juni 1895.)

„1. Die Anstellung der Vertrauensärzte.

Die Vertrauensärzte werden nicht von den Vertretern der Gesellschaften, sondern nur von den Direktionen angestellt und eventuell ihrer Funktionen enthoben.

Wird eine Aenderung in dem Verhältniss von Gesellschaft und Vertrauensarzt (Wechsel oder Nebenanstellung anderer Aerzte) beabsichtigt, so ist der Vertrauensarzt seitens der Direktion vorher schriftlich zu benachrichtigen (wenn nicht der Direktion bestimmte ernste Bedenken dagegen beigehen).

2. Untersuchung im Hause.

Die Untersuchung findet im Hause des Arztes statt.

Da eine genaue ärztliche Untersuchung (Kehlkopf-, Ohrenleiden, Urinuntersuchung etc.) am besten im Hause des Arztes sich vollzieht, muss den Agenten gegenüber betont werden, dass die Untersuchung ausser dem Hause des Arztes nur ausnahmsweise erfolgen soll.

3. Formulare.

Aerztevereinsbunde und den deutschen Lebens-V.-G. widerstreitet, wenn ärztliche Vereine durch Beschlüsse ihre Mitglieder verpflichten, höhere Honorarsätze zu verlangen, als durch gemeinsam vereinbarte Bestimmungen festgesetzt sind.

Im Interesse der ärztlichen Untersuchung liegt es, möglichst einheitliche Formulare herzustellen. Als Grundlage für dieselben soll das folgende dienen (siehe unten).

Trifft die Gesellschaft eine vom Urtheil des Vertrauensarztes abweichende Entscheidung, so kann sie diesem auf Wunsch ihre Gründe mittheilen.

4. Die vertrauensärztlichen Gutachten werden von den Aerzten den Direktionen direkt zugesandt.

Die Vertrauensärzte sind verpflichtet, von dem Ergebniss der Untersuchung (d. i. Schlussurtheil) weder dem Untersuchten noch dem Agenten Mittheilung zu machen.

Auch von der Direktion dürfen Mittheilungen über den Inhalt der vertrauensärztlichen Zeugnisse weder dem Agenten, noch, ohne Zustimmung des Vertrauensarztes, dem Untersuchten gemacht werden.

Auskunft über die Gesundheits- oder Krankheitsverhältnisse der Familienangehörigen darf nur unter ausdrücklicher Ermächtigung der betheiligten rechtsmündigen Person gegeben werden.

5. Die gegenseitige Mittheilung der vertrauensärztlichen Atteste kann nicht beanstandet werden.

6. Für das vertrauensärztliche Zeugniss nach dem im Anhange vorgeschlagenen oder einem ähnlichen Formulare wird ein Honorarsatz von 10 Mk. als angemessen erachtet.

Wird die vertrauensärztliche Untersuchung ausserhalb der Wohnung des Vertrauensarztes verlangt, so ist das Honorar entsprechend zu erhöhen.

Bei abgekürzten Formularen (bei sogenannten Volks- oder Arbeiterversicherungen oder kleinen Versicherungen) kann der Honorarsatz durch Uebereinkunft ermässigt werden, jedoch nicht unter 5 Mk.

7. Zur Erledigung aller gemeinsamen Fragen und streitigen Punkte zwischen Aerzten und Lebensversicherungs-Gesellschaften wird eine ständige Kommission niedergesetzt, deren Mitglieder in gleicher Zahl vom Geschäftsausschusse des Deutschen Aerztevereinsbundes und von den Lebensversicherungs-Gesellschaften gewählt werden".

Formular.

I. Vor dem Vertrauensarzt abzugebende Erklärung der zu versichernden Person.

1. a) Vor- und Geschlechtsname.
   b) Stand, Beruf oder Gewerbe.
   c) Alter.
2. a) Haben Sie Militärdienst geleistet?
   b) Sind Sie wegen Ihrer Körper- oder Gesundheitsverhältnisse vom Militärdienst befreit oder aus demselben vorzeitig entlassen worden?
   c) Sind Sie bereits für eine Gesellschaft untersucht bezw. von derselben abgelehnt worden?
3. a) Sind Sie verheirathet? Seit wann?
   b) Ist Ihre Frau gesund? andernfalls: woran leidet dieselbe?
   c) Wenn Wittwer, bezw. Wittwe, woran starb der andere Ehetheil und wann?
   d) Haben Sie Kinder? wie viele leben? sind sie gesund? bezw. woran leiden sie?
   e) Wie viele Kinder gestorben? woran? in welchem Alter?
   f) Haben Fehlgeburten stattgefunden?
4. a) Alter der Eltern und deren Gesundheitszustand? Sind dieselben gesund? Wie alt wurde der Vater, woran starb er? Wie alt wurde die Mutter, woran starb sie?
5. a) Wie viele lebende Geschwister haben Sie? In welchem Alter stehen dieselben?
   b) Sind dieselbeu gesund? bezw. woran leiden sie?
   c) Wie viele Geschwister sind gestorben? In welchem Alter? An welcher Krankheit?
   d) Sind in Ihrer Familie Fälle von Schwindsucht, Brustfellentzündung, Schlagfluss, Krebs, Epilepsie oder Geisteskrankheit vorgekommen?
6. a) Sind Sie überhaupt schon krank gewesen? Woran? Wann? Wie war der Verlauf der Krankheit?

b) Wer hat Sie in den einzelnen Krankheitsfällen behandelt?
c) Haben Sie insbesondere an folgenden Krankheiten gelitten? (Im Bejahungsfalle:) Wann? Wie war der Verlauf?
An langwierigem Husten, oder Husten mit eitrigem oder blutigem Auswurf?
An Drüsenleiden, Knochenerkrankung, Ohrenfluss, Augenentzündung, Hautausschlägen?
An häufig auftretendem Kopfweh, an Geistesstörung, Schwindel, Epilepsie, Krämpfen, Ohnmacht?
An Gicht, Rheumatismus, Herzklopfen oder sonstigen Herzbeschwerden, Athemnoth?
An Magen- oder Darmleiden? Blinddarmentzündung?
An Harnbeschwerden? Syphilis?
Haben Sie jemals eine schwere Verletzung erlitten? Wann? Sind noch Folgen vorhanden?

7. Sind Sie geimpft oder haben Sie die natürlichen Pocken gehabt?
8. Haben Sie Bade-, Brunnen-, klimatische, elektrische oder sonstige Kuren gebraucht? Wo? Wann? Auf wessen Anordnung?
9. Bei Frauen.
a) Ist die Menstruation regelmässig?
b) Haben Sie schon geboren? Wie oft? Wann zuletzt?
c) Verliefen die Geburten normal? oder wurde operative Hilfe nothwendig?
d) Steht gegenwärtig eine Niederkunft bevor? und seit wann?
10. a) Nehmen Sie regelmässig geistige Getränke, welche, und in welcher Menge zu sich?
b) Haben Sie eine gesunde Wohnung?
11. a. Welcher Arzt wird für Sie oder Ihre Familie zu Rathe gezogen? Seit wann?
b. Hatten Sie früher einen anderen Arzt? Wie hies derselbe?
c. Bei jüngeren: Wie heisst der Hausarzt ihrer Eltern? Wo wohnt derselbe?

II. Bericht des Vertrauensarztes über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person.

1. Identifizirung.
a. Kennen Sie die zu versichernde Person?
b. Sind Sie mit derselben verwandt und in welchem Grade?
c. Haben Sie dieselbe als Hausarzt oder anderweitig behandelt?

2. Körperbeschaffenheit und Ernährung.
a. Macht die zu versichernde Person den Gesammteindruck eines gesunden Menschen?
b. Sieht Sie dem angegebenen Alter entsprechend aus?
c. Wie ist die Gesichtsfarbe?
d. Wie ist der Knochenbau? Besteht eine Rückgratverkrümmung?
e. Wie ist die Muskulatur? (fest oder schlaff?)
f. Wie ist Gang und Haltung?
g. Ist die zu versichernde Person kräftig, mittelkräftig oder schwach?
h. Körpergewicht . . . . ko.
i. Körperlänge . . . . cm.
k. Halsumfang . . . . cm.
l. Brustumfang (in Brustwarzenhöhe bei horizontal erhobenen Armen gemessen) bei tiefstem Inspirium . . . cm, bei vollem Expirium . . . cm
m. Bauchumfang in Nabelhöhe . . . . cm.

3. Aeussere Bedeckungen.
a. Finden sich Hautausschläge, Narben, Geschwüre oder Geschwülste? bezw. welcher Art!

4. Sinnesorgane und Nervensystem.
a. Ist normales Sehvermögen vorhanden?
b. Wie sind die Funktionen des Gehörorgans? Besteht oder bestand Ohrenfluss? Wie ist in diesem Falle der Zustand des Trommelfells?
c. Sind krankhafte Erscheinungen von Seiten des Gehirns, Rückenmarks oder Nervensystems überhaupt vorhanden?
d. Wie verhalten sich der Gang bei geschlossenen Augen, die Pupillenreflexe, der Patellareflex?

5. Athmnngsorgane.
   a. Wie verhalten sich die oberen Luftwege (Nase, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre)?
   b. Ist ein Kropf vorhandeu? Von welcher Beschaffenheit und Grösse? Seit wann besteht die Anschwellung?
   c. Ist die Stimme rein und kräftig?
   d. Ist der Brustkorb geräumig, gut gewölbt und gleichmässig gebaut?
   e. Ist derselbe an irgend einer Stelle, namentlich unterhalb der Schlüsselbeine eingesunken?
   f. Sind die oberen Schlüsselbeingruben vertiefter als normal?
   g. Ist die Hebung und Ausdehnung der Brust bei tiefem Einathmen ausgiebig und beiderseits gleich?
   h. Ist die Athmung ruhig und tief?
   i. Entsteht bei tiefem Einathmen Husten?
   k. Was ergiebt die Perkussion und Auskultation der Lunge?
   l. Sind demnach die Lungen gesund und ist namentlich Lungentuberkulose und Emphysem auszuschliessen?

6. Gefässsystem.
   a. Ist der Herzstoss fühlbar und sichtbar? An welcher Stelle?
   b. Ist der Herzstoss nicht verstärkt? Rhythmisch? Ohne Reibung?
   c. Grenzen der Herzdämpfung.
   d. Sind die Herztöne rein und deutlich?
   e. Welches ist die Häufigkeit des Pulses? Zeigt derselbe krankhafte Veränderungen?
   f. Ist das Herz- und Gefässsystem gesund? Besteht Ausdehnung oder Puls der Venen? Sind Anzeichen von Arteriosklerose vorhanden.

7. Verdauungsorgane.
   a. Bietet die Untersuchung der Mundhöhle etwas Abnormes? Zähne?
   b. Welche Form hat der Unterleib? Ist derselbe auf Druck abnorm empfindlich?
   c. Sind irgendwelche Geschwülste in demselben fühlbar?
   d. Wie ist die Verdauung gegenwärtig beschaffen?
   e. Ist eine Krankheit der Leber erkennbar oder zu vermuthen?
   f. Ist die Milz nachweisbar vergrössert?
   g. Ist ein Bruch oder sind deren mehrere vorhanden?
   h. Wird ein Bruchband getragen?
   i. Sind Hämorrhoiden vorhanden?
   k. Sind die Unterleibsorgane als gesund zu betrachten?

8. Harn- und Geschlechtsorgane.
   a. Besteht oder bestand eine Krankheit der Harn- oder Geschlechtsorgane?
   b. Ist Eiweiss oder Zucker, oder sind sonst pathologische Bestandtheile im Harn enthalten? Ist der Harn in Gegenwart des Arztes entleert?

Allgemeine Fragen.
   a. Liegt in der Beschäftigung oder den Lebensverhältnissen der zu untersuchenden Person etwas Gesundheitsschädliches?
   b. Besteht Verdacht auf Unmässigkeit im Genuss geistiger Getränke? oder im Rauchen? auf gewohnheitsmässigen Gebrauch narkotischer Mittel?

III. Schlussurtheil.

   a. Ist nach Erwägung aller obigen Verhältnisse anzunehmen, dass Antragsteller ein normal hohes Alter erreichen wird?
   b. Erachten Sie die Annahme nur zu erschwerten Bedingungen für angezeigt?
   c. Halten Sie die Gesundheitsverhältnisse des Antragstellers für zweifelhaft oder für ungünstig? und rathen Sie zur Ablehnung?

Obige Untersuchung fand statt am . . . . . 18 . .

Ort, Datum. Unterschrift des Vertrauensarztes.

Bei Todesfällen Versicherter erbitten die V.-G. nicht selten einen Krankheitsbericht vom behandelnden Arzt oder eine Sektion der Leiche durch den Vertrauensarzt oder einen von diesem zugezogenen Arzt. Die Sektion wird

besonders oft nöthig bei Verdacht auf Selbstmord. So sollte beispielsweise von dem Verfasser die Richtung des Schusskanals aufs genaueste festgestellt werden, weil die V.-G. der Meinung war, es könnte nur bei S e l b s t m o r d die Einschussöffnung im Brustkorb höher sitzen, als der Ausschuss. Noch häufiger kommt es auf die Feststellung an, ob Tod durch Gift vorliegt oder nicht.

Ist der Tod bald nach der Aufnahme in die V.-G. erfolgt, so erhofft diese gelegentlich von der Obduktion Aufschluss darüber, ob der Versicherte vor dem Eintritt falsche Angaben über seinen Zustand gemacht habe.

Bei Niederschrift des Sektionsprotokolls (Diktat) hält man sich zweckmässig an die Vorschriften für gerichtliche Sektionen. Gutachten über derartige Fragen gehören gelegentlich zu den schwierigsten, manchmal interessantesten Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen.

Anhang.

A. Muster für Obduktionsprotokolle.

(Zum zweiten Theile; Kap. II. A. S., 51—81.)

I. Bekannte Leiche; Tod durch Erhängen.

A. Aeussere Besichtigung.

1. Die Leiche gehört einem Manne von etwa 30 Jahren an. Der Körper ist 1,70 m lang; der Knochenbau ist kräftig, die Muskulatur ebenfalls, das Fettpolster gering.

2. Die Hautfarbe ist im Allgemeinen graugelblich, am Unterbauch grünlich, an den abhängigen Theilen verwaschen blauroth, an den Druckstellen daselbst aber ebenfalls graugelblich. Einschnitte in die blaurothen Parthien lassen nirgends frei ergossenes Blut erkennen.

3. Beim Umdrehen der Leiche fliesst aus Mund und Nase eine geringe Menge röthlichen Schaumes.

4. Das Kiefergelenk ist frei beweglich, die Gelenke der oberen und unteren Gliedmassen sind starr.

5. Der Verwesungsgeruch ist deutlich.

6. Der mit 5 cm langen braunen Haaren reichlich bedeckte Kopf ist ohne Verletzungen, ebenso die Stirn und das Gesicht.

7. Die Augenlider sind geschlossen, die Augenbindehäute sind graugelblich, die Hornhäute leicht getrübt, die Pupillen kreisrund; beide messen 0,4 cm im Durchmesser.

8. Die Nasenöffnungen sind frei von fremden Körpern, ebenso die Ohröffnungen.

9. Die Lippen sind geöffnet; die Zunge liegt hinter den völlig erhaltenen Zahnreihen; in der Mundhöhle ist kein fremder Körper.

10. Am Halse der Leiche findet sich eine Marke; dieselbe verläuft vorn quer über den Schildknorpel und steigt symmetrisch nach hinten zu an; sie besteht aus 2 durchweg vertrockneten, je 3 mm breiten Streifen, welche einen in dem vorderen Abschnitte ebenfalls 3 mm breiten, nach hinten zu sich etwas verschmälernden Zwischenkamm einfassen. Einschnitte in die vertrockneten Parthien lassen frei ergossenes Blut nigends erkennen, wohl aber finden sich kleinste Blutungen von bis Stecknadelkopfgrösse in dem Gewebe des ohnehin gerötheten Zwischenkamms. Die Schenkel der Marke konvergiren hinten am Halse an der Haargrenze und verschwinden daselbst.

11. Die Brust ist gut gewölbt, der Leib ist eingezogen; im Uebrigen finden sich hier ebensowenig Regelwidrigkeiten wie am Rücken.

12. Die Vorhaut bedeckt die Eichel. Aus der Harnröhrenmündung lässt sich etwas graues Sekret herausdrücken, in dem mikroskopisch sich nicht mehr bewegende Samenfäden gefunden werden. Die Hoden sind im Hodensack; die Haut an der vorderen Seite des Hodensackes ist bräunlich und vertrocknet.

Der After ist geschlossen, in seiner Umgebung findet sich etwas Koth.

13. Die oberen wie unteren Gliedmassen zeigen keine Verletzungen.

B. Innere Besichtigung.

I. Kopfhöhle.

14. Die weichen Kopfbedeckungen sind im allgemeinen graugelblich, die Muskulatur an den Schläfen blassröthlich; oberhalb der Beinhaut finden sich in der Gegend des Scheitels etwa 20 Stecknadelkopfgrösse eben erreichende Blutaustretungen.

15. Der Schädel ist von länglicher ovaler Form und unversehrt. Das Durchsägen des Schädeldaches gelingt leicht; es fliesst bei demselben etwa ein Esslöffel voll Blut aus. Die Glastafeln sind gelblich, die Zwischenknochensubstanz ist gelbröthlich. Die Dicke des Schädeldaches beträgt durchschnittlich etwa 4 mm; an der inneren Schädeloberfläche finden sich verschiedenartige Gruben in der Nähe der Pfeilnaht; Knochenverletzungen sind nirgends bemerkbar.

16. Die harte Hirnhaut ist grau, unversehrt; ihre Schlagadern sind bis zur halben Rundung mit flüssigem Blute gefüllt, die begleitenden Blutadern leer. Im Längsblutleiter ist wenig flüssiges Blut. An der inneren Fläche der harten Hirnhaut ist ein feines Gefässnetz wahrnehmbar; die Farbe der harten Hirnhaut ist daselbst ebenfalls grau, ihre Oberfläche glatt und glänzend, ohne Belag.

17. Die Oberfläche beider Grosshirnhalbkugeln ist symmetrisch, die Windungen sind im Allgemeinen rundlich. Die Blutadern sind vorn bis in die mittleren, hinten bis in die feinsten Verzweigungen mit dunklem, flüssigem Blute gefüllt. Das Gewebe der weichen Hirnhaut ist grau und trübe, wässrig durchtränkt, namentlich in der Gegend der Hirnfurchen.

18. Die weiche Hirnhaut lässt sich leicht vom Gehirn abziehen. In den Seitenhöhlen des Gehirns befindet sich keine Flüssigkeit; Gefässplatte und Adergeflechte lassen einige bis zur vollen Rundung gefüllte Blutadern erkennen und sind im übrigen dunkelroth. In der 3. und 4. Hirnhöhle ist kein fremder Inhalt.

19. Im Grosshirn findet sich auf Durchschnitten der Hirnhalbkugeln viel Feuchtigkeit; aus den durchschnittenen Gefässen der weissen Substanz treten reichlich abspülbare Blutpunkte hervor; die graue Substanz zeigt einen stark röthlichen Schimmer.

20. Im Seh- und Streifenhügel ist die graue Substanz leicht geröthet, das ganze Gewebe feucht; die Vierhügel sind blass.

21. Die Rinde des Kleinhirns ist gleichmässig geröthet, auf Durchschnitten treten nur wenig abspülbare Blutpunkte hervor.

22. Brücke und verlängertes Mark zeigen leicht geröthete graue Substanz.

23. Die Blutleiter am Schädelgrunde sind bis zur halben Rundung mit dunklem flüssigen Blute gefüllt. An der harten Hirnhaut sind ebensowenig wie an den Knochen des Schädelgrundes Verletzungen bemerkbar.

II. Brust- und Bauchhöhle.

24. Das Fettpolster an den Bauchdecken ist $^3/_4$ cm. stark, an der Brust halb so stark, die Muskulatur dunkelroth. Im Bauch kein besonderer Inhalt, insbesondere kein Gas.

25. Baucheingeweide haben überall eine spiegelnde Oberfläche; sie befinden sich in gehöriger Lage. Der Dickdarm ist durch Gas ziemlich stark ausgedehnt; der sehr wenig ausgedehnte Dünndarm wird durch das herabhängende Netz bedeckt.

26. Das Zwerchfell steht rechts am oberen Rande der vierten, links am oberen Rande der fünften Rippe.

a) Brusthöhle.

27. Die Rippenknorpel schneiden sich leicht. Die Lungen füllen den hinteren Theil der Brusthöhle aus; sie sind an ihren vorderen Rändern in der Gegend des Herzgrundes 4 cm von einander entfernt; die übrigen Theile der vorderen Lungenränder sind weit von einander zurückgewichen. In beiden Brustfellsäcken je 2 Esslöffel leicht gerötheter, klarer Flüssigkeit.

28. Im Herzbeutel befindet sich etwa ein Theelöffel voll gelbröthlicher klarer Flüssigkeit; er hat eine glatte und glänzende Oberfläche, ebenso verhält sich auch der Herzüberzug. Die Kranzblutadern sind an der hinteren Seite des Herzens bis zur halben Rundung mit flüssigem Blute gefüllt, vorn sind sie leer. In der Gegend der Kammerscheidewand ist das Herz mit wenig gelblichem Fett bewachsen; es zeigt links eine derbe, rechts eine etwas weniger derbe, mehr schlaffe Beschaffenheit. Seine Grösse entspricht der geballten Faust der Leiche; die Farbe ist grauroth.

29. Im rechten Vorhof finden sich 50 ccm, in der rechten Herzkammer 15 ccm, im linken Vorhof sind 20 ccm dunkelen flüssigen Blutes. Die linke Herzkammer ist leer. Die Vorhofkammerklappen sind für zwei Finger gut

durchgängig. Nach der Herausnahme des Herzens stehen die Schlagaderklappen unter dem auffliessenden Wasserstrahl.

30. Die Muskulatur ist rechts 3 mm stark, links an der Basis 1,2 cm, nach der Spitze zu wird sie etwas schwächer. Sie ist von graurother Farbe, stellenweise mit einem leicht bräunlichem Schimmer. Die Klappen sind zart, nur der freie Rand der zweizipfeligen Klappe ist leicht verdickt; die Sehnenfäden sind nicht mit einander verwachsen, die Fleischbälkchen rechts etwas flach, links mehr rundlich.

Aus den durchschnittenen Kranzaderästen entleert sich durch Druck kein oder nur sehr wenig flüssiges Blut. Die Innenwand der Kranzschlagadern zeigt spärlich gelblich gefärbte Verdickungen; im Allgemeinen sind die Kranzschlagaderwände schlaff.

31. Die linke Lunge ist im Oberlappen grauröthlich, im Unterlappen mehr violett gefärbt, sie fühlt sich in diesem etwas derber an, als im Oberlappen, in dem man überall mit dem Finger feines Knistern wahrnimmt; indessen ist ihre Konsistenz auch im Unterlappen eine gleichmässige, nirgends finden sich umschriebene Verdichtungen des Gewebes. Auf dem Durchschnitt entleert sich aus dem durchschnittenen Lungengewebe spontan nur wenig flüssiges Blut; auf Druck dagegen gelblich schaumige Flüssigkeit in geringer Menge. Die durchschnittenen Luftröhrenäste enthalten etwas grauen zähen Schleim; die Schleimhaut der Luftröhrenäste ist dunkelroth. Die Lungenblutadern sind leer; in den Schlagadern findet sich nicht sehr viel dunkles, flüssiges Blut.

32. Die rechte Lunge verhält sich im Allgemeinen wie die linke; sie ist ebenfalls an der Oberfläche feucht, glatt und glänzend.

33. Die Zunge ist unversehrt, ihre Warzen sind im hinteren Abschnitt sehr deutlich ausgeprägt. Die Mandeln sind pflaumenkerngross, aus ihren Höhlungen entleert sich auf Druck spärlich graue, zähe Flüssigkeit. Das Zäpfchen ist dunkelroth, fast violett, 1 cm lang, an seiner Basis 3 mm dick.

34. Der Kehlkopf ist ohne abnormen Inhalt; beide oberen Schildknorpelhörner sind gebrochen, und zwar sind die Bruchflächen in der Weise angeordnet, dass beiderseits die Bruchstücke nach oben und hinten verlagert sind; beiderseits findet sich auf den Bruchflächen frei ergossenes Blut. In der Luftröhre, deren Schleimhaut nach oben zu grauröthlich, in den tieferen Abschnitten aber mehr röthlich ist, findet sich wenig graue schleimige Flüssigkeit.

Die Speiseröhre ist leer, ihre Schleimhaut ist glatt und glänzend.

35. Die Halsschlagadern sind leer; 1 cm unterhalb der Gabelung der rechten Halsschlagader findet sich ein Querriss in der Innenhaut, und zwar im hinteren Theil derselben; er hat insgesammt eine Länge von 1 cm, seine Ränder sind etwas zackig und unregelmässig.

Die Drosselvenen und die Halsnerven sind unversehrt, desgleichen die tiefere Muskulatur.

b) Bauchhöhle.

36. Das Netz ist wenig mit Fett bewachsen, im Allgemeinen durchsichtig bis durchscheinend; seine Blutadern sind bis zur halben Rundung mit flüssigem Blute gefüllt, seine Schlagadern leer.

37. Die Milz ist 12 cm lang, $8^1/_2$ cm breit, 3 cm dick, von derber Beschaffenheit und dunkelviolett; ihr Rand ist stumpf, ihre Oberfläche glatt und glänzend. Auf dem Durchschnitt ist das Milzgewebe braunroth, in demselben heben sich Bälkchen nur spärlich ab, dagegen sehr viel Follikel von grauer Farbe und Stecknadelkopfgrösse.

38. Die linke Nebenniere hat eine erweichte Zwischensubstanz; die Marksubstanz ist grau, die Rindensubstanz gelb.

39. Die linke Niere ist in eine ziemlich reichliche Fettkapsel eingehüllt, ihr Harnleiter von Federkieldicke, grau. Die Nierenkapsel lässt sich leicht abziehen, an der glatten Nierenoberfläche findet sich ein Netz feinster sternförmig mit einander zusammenhängender Blutadern, namentlich an der hinteren Fläche. Die Niere ist 13 cm lang, 6 cm breit und 3,5 cm dick; sie ist im ganzen grauroth und fühlt sich etwas schlaff an. Auf ihrem Durchschnitt entleert sich aus dem zerschnittenen Gewebe alsbald eine Schicht flüssigen Blutes auf die Schnittfläche; auf Druck ergiesst sich auch aus den zerschnittenen Blut- und Schlagadern etwas flüssiges Blut. Die Marksubstanz ist dunkelroth, die Rindensubstanz mehr grauroth; Trübungen des Gewebes sind nirgends vorhanden.

40. Die rechte Nebenniere, Niere und Harnleiter verhalten sich wie die links gelegenen Organe.

41. Die Harnblase ist stark gefüllt, überragt etwas das Schambein; sie enthält 300 ccm strohgelben, klaren Urin. Die Harnblasenschleimhaut ist grau, glatt und glänzend, die Wand der Harnblase etwas balkig, die Vorsteherdrüse nussgross, derb; in beiden Samenblasen findet sich reichlich graue Flüssigkeit.

42. Die Hoden sind grauröthlich auf dem Durchschnitt; derbes fasriges Gewebe tritt nirgends regelwidrig hervor.

43. Im Mastdarm ist reichlich fester gelbbrauner Koth vorhanden, die Mastdarmschleimhaut ist unversehrt, graubräunlich.

44. Der Magen ist ziemlich weit und mit reichlichen Mengen einer bräunlichen Flüssigkeit von saurer Reaktion und eigenartigem, aromatischem Geruch gefüllt. Seine Schleimhaut ist blassgrau; nach dem Pförtner zu zeigen sich einige gefaltete Stellen, doch lassen sich diese Falten ohne weiteres durch Zug glätten.

45. Im Zwölffingerdarm findet sich ziemlich viel gallig gefärbte breiige Flüssigkeit. Bei Druck auf die Gallenblase entleert sich ein Tropfen Galle aus der Mündung des Gallenganges.

46. Die Leber ist 24 cm breit, 8 cm dick und 18 cm hoch, hellgrauroth, ihr vorderer Rand stumpf, ihre Oberfläche glatt und glänzend. Ihre Konsistenz ist etwas weich, so dass ein Fingerdruck sich nicht ohne weiteres ausgleicht. Auf dem Durchschnitt entleert sich aus den zerschnittenen Pfortaderästen, weniger aus den Lebervenen, flüssiges Blut. Die einzelnen Leberläppchen sind 2 mm und darüber gross, ihr mittlerer Theil ist im allgemeinen etwas eingesunken nnd von dunklerer Farbe als der äussere mehr gelblich gefärbte und auf der Schnittfläche etwas hervorragende. Die Gallenblase ist bis zur halben Rundung mit brauner, dünnflüssiger Galle gefüllt.

47. Die Bauchspeicheldrüse ist etwas schlaff, grauroth an der Oberfläche und auf dem Durchschnitt.

48. Das Gekröse ist im Ganzen nur wenig über $^1/_2$ cm dick; auf Durchschnitten klaffen die leeren Schlagaderlichtungen, desgleichen zeigt sich in den Lichtungen der durchschnittenen Blutadern wenig flüssiges Blut.

49. Im Dünndarm findet sich reichlich breiiger, gallig gefärbter Inhalt; die Schleimhaut ist überall zart, glatt und glänzend. Die Einzeldrüsen sind im untersten Theile des Dünndarmes stecknadelknopfgross, hellgrau; die Peyer'schen Haufen zeigen keine Schwellung.

50. Im Dickdarm ist reichlich weicher Koth vorhanden; die Schleimhaut ist ebenso wie die des Dünndarms unversehrt. Der Wurmfortsatz zeigt nichts Abweichendes.

51. Die untere Hohlader hat eine glatte, glänzende Oberfläche und ist bis zur halben Rundung mit dunklem flüssigem Blut gefüllt. Die Bauchschlagader ist an ihrem nach hinten gelegenen Abschnitt an der Innenseite grauröthlich, vorn mehr graugelblich; an einigen Stellen sind gelbliche Unebenheiten von geringer Ausdehnung und weicher Konsistenz auf der Innenhaut nachweisbar.

52. Wirbelsäule, Beckenknochen und Rippen sind unversehrt.

Vorläufiges Gutachten.

I. Der Tod ist durch Erhängen eingetreten.
II. Es widerspricht nichts der Annahme, dass der Verstorbene sich selbst erhängt hat.

II. Bekannte Leiche; Tod durch Vergiftung mit Blausäure.

A. Aeussere Besichtigung.

1—13. Wie bei Protokoll I, abgesehen von No. 10, die hier lautet: Am Halse ist nichts Abweichendes zu bemerken.

B. Innere Besichtigung.

Da der Verdacht besteht, dass der Verstorbene durch Vergiftung zu Grunde gegangen ist, so beginnt die innere Besichtigung mit

I. Brust- und Bauchhöhle.

14. Beschreibung von Fettpolster, Muskulatur wie vorher No. 24.

15. Nach Eröffnung der Bauchhöhle, besonders aber nachdem der Magen etwas aus seiner Lage gebracht ist, tritt ein deutlicher Geruch nach bitteren Mandeln auf. Der Magen ist graugelblich, an der Hinterseite mehr röthlich, überall aber glatt und glänzend ebenso wie die Oberfläche der anderen Bauch-eingeweide, die sich sämmtlich in gehöriger Lage befinden; das Netz bedeckt schürzenförmig die Därme. Besonderer Inhalt findet sich nicht in der Bauchhöhle.

17. Das Zwerchfell steht rechts am oberen Rande der vierten, links am oberen Rande der fünften Rippe.

a) Bauchhöhle.

18. Der vorschriftsmässig unterbundene und aus dem Zusammenhang gelöste Magen hat einen etwa 13 ccm betragenden seifig anzufühlenden, dunkelrothen, schwach alkalisch reagirenden Inhalt, der intensiv nach bitteren Mandeln riecht; derselbe wird vorsichtig in ein Glasgefäss A. gethan. Die Magenschleimhaut ist stark gefaltet, im Allgemeinen dunkelroth und geschwollen; die Faltung lässt sich aber nicht durch Zug an allen Stellen ausgleichen. Umschriebene Blutaustretungen sind in der Magenschleimhaut nicht nachzuweisen; die in der Magenwand verlaufenden Blutadern sind namentlich im hinteren Theil des Magens reichlich mit dunkelem flüssigem Blute gefüllt.

Die Speiseröhre ist am Magenmunde grau, glatt und glänzend.

19. Im Zwölffingerdarm findet sich wenig röthliche, im Allgemeinen schleimige Flüssigkeit. Die Farbe der Schleimhaut selbst ist nahe dem Pförtner dunkelroth, in den tieferen Abschnitten etwas heller. Magen und Zwölffingerdarm nebst Spülwasser werden hierauf ebenfalls in das Glasgefäss A. gethan.

20—26. Netz, Milz, linke und rechte Niere und Nebennieren wie vorher Nr. 36—40.

27. Die Blase u. s. w. wie Nr. 41. Der Urin wird durch einen Katheter entleert und in das Glasgefäss B. gethan.

28—34. Hoden, Mastdarm, Leber, Bauchspeicheldrüse, Gekröse wie vorher Nr. 42 und 43, 46—48.

35. Dünndarm (wie Nr. 49). Der Inhalt des oberen Dünndarmes wird ebenfalls in das Glasgefäss A. gethan.

36—39. Dickdarm, Bauchgefässe, Beckenknochen wie vorher Nr. 50—52.

b) Brusthöhle.

40—45. Herz, linke und rechte Lunge wie vorher unter Nr. 27—31.

46. Hierauf werden die Halsorgane entfernt, nachdem die Speiseröhre möglichst nahe am Halse unterbunden ist. In beiden birnenförmigen Ausbuchtungen neben dem Kehlkopfeingang findet sich röthlicher, ausserordentlich zäher Schleim, auf jeder Seite etwa 1 ccm an Menge. Die Schleimhaut um den Kehlkopf herum stark geröthet. In der Speiseröhre kein Inhalt.

Die Speiseröhre wird in das Glasgefäss A. gethan. Kehlkopf unversehrt ebenso die Zunge.

II. Kopfhöhle.

47. Wie I. Nr. 14.

48. Wie I. Nr. 15. Nach Eröffnung der Kopfhöhle wird ein deutlicher Geruch nach bitteren Mandeln wahrgenommen.

49—56. Wie I. Nr. 16—23.

57. Hierauf werden Stücke vom Gehirn, Lunge, Herz, Milz, Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm und Muskulatur genommen und in das Glasgefäss C gethan.

Vorläufiges Gutachten.

I. Die Obduktion hat ergeben, dass der Tod infolge von Blausäurevergiftung erfolgt ist.

II. Wir übergeben die in den Gefässen A., B., C. asservirten Leichentheile hiermit dem Gericht behufs Anordnung einer chemischen Untersuchung, deren Anstellung wir aber bei der Eindeutigkeit des anatomischen Befundes anheim geben.

III. Sektion eines Neugeborenen.

A. Aeussere Besichtigung.

1. Die Leiche des 52 cm langen, 3200 g schweren Kindes weiblichen Geschlechtes hat regelmässigen Knochenbau, kräftige Muskulatur und gut entwickeltes Fettpolster.

2. Die Hautfarbe ist graugelblich, am Rücken blauviolett; auf Einschnitt zeigt sich an diesen Stellen kein frei ergossenes Blut.

3. Die Gelenke sind sämmtlich frei beweglich. Fäulnissgeruch ist wenig wahrnehmbar.

4. Der Kopf ist mit bis 2 cm langen, ziemlich dicht stehenden, nicht gelockten, blonden und vielfach mit einander verklebten Haaren bedeckt; an einigen Stellen sitzen Blutgerinnsel. Auf dem behaarten Kopf finden sich keine Verletzungen. Die Kopfknochen sind gegen einander verschieblich. Der gerade Durchmesser des Kopfes beträgt 10 cm, der schräge 12 cm, der quere 8 cm, der Kopfumfang 33 cm.

5. Auch die Stirn ist frei von Verletzungen. Die Augenlider haben feste Knorpel und sind geschlossen, die Augenbindehäute graugelblich, die Hornhäute getrübt. Nach Herauspräpariren des rechten Auges und Isoliren der Regenbogenhaut zeigt sich bei einer Betrachtung des Sehloches unter dem Mikroskop, dass eine Pupillarmembran nicht vorhanden ist.

6. Nasen- und Ohrenknorpel sind fest, Nasen- und Ohröffnungen frei von fremden Körpern, ebenso der Mund.

7. Der Lippensaum ist vertrocknet, braunroth; auf Einschnitt findet sich unterhalb der Vertrocknung kein frei ergossenes Blut.

8. Der Hals ist nicht widernatürlich beweglich, seine Haut ist nirgends verletzt.

9. Der Durchmesser der Schultern beträgt 12 cm; die Brust ist gut gewölbt.

10. Am Hautnabel sitzt ein sulziger Nabelschnurrest, der gut unterbunden ist, eine Länge von 10 cm hat und eine scharfe Trennungsfläche zeigt.

11. Die Hüftenbreite beträgt 9 cm, in den Leistenbeugen ist käsige Schmiere.

12. Die kleinen Schamlippen werden von den grossen überragt; das Jungfernhäutchen ist unversehrt, halbmondförmig.

13. Der After ist geöffnet und mit grünlichem Kindspech bedeckt.

14. Die oberen und unteren Gliedmaassen sind gut gebildet und ohne Verletzungen.

15. Die Nägel überragen die Fingerspitzen etwas; sie erreichen die Zehenspitzen eben.

16. Der Knochenkern im unteren Ende des Oberschenkelknorpels misst beiderseits 4 mm.

B. Innere Besichtigung.

I. Brust- und Bauchhöhle.

17. In der Bauchhöhle ist etwa ein Theelöffel voll gelblicher, klarer Flüssigkeit vorhanden. Die Baucheingeweide sind in gehöriger Lage; der Magen in seinem Haupttheil vertikal stehend. Im Magen und in wenigen Dünndarmschlingen ist etwas Luft; im Allgemeinen ist der Darm aber luftleer. Die Nabelgefässe sind leer.

18. Zwerchfellstand rechts am unteren Rande der 3., links am unteren Rande der 4. Rippe.

19. Nachdem hierauf die Luftröhre unterbunden ist, wird die Brusthöhle eröffnet.

a) Brusthöhle.

20. In der Brusthöhle ist kein regelwidriger Inhalt. Die vorderen Lungenränder sind an der Stelle, wo sie einander am nächsten kommen, 2 cm von einander entfernt; sie lassen den grössten Theil des Herzbeutels frei.

21. Die Brustdrüse ist zweilappig, grauröthlich, derb, 5 cm lang, 2 cm breit und 14 g schwer; auf den Durchschnitt entleert sich spärlich gelbliche Flüssigkeit auf Druck.

22. Der Herzbeutel ist glatt; in seinem Innern etwa ein halber Theelöffel gelblicher klarer Flüssigkeit. Das Herz hat die Grösse der Faust der Leiche; in seinen Vorhöfen finden sich einige Tropfen flüssigen Blutes; seine Kammern sind leer. Die Vorhofkammermündungen lassen die Kuppe des kleinen Fingers eben eindringen.

23. Sämmtliche Klappen sind regelmässig gebildet, zart und schlussfähig. Die Muskulatur ist in beiden Kammertheilen des Herzens 3 mm stark, hellroth; das eirunde Loch ist offen.

24. Die Luftröhre oberhalb der Unterbindung enthält gelblichen, körnigen Inhalt; mikroskopisch erweist sich derselbe als aus grossen verhornten Zellen Flimmerepithelien, Wollhaar und Cholestearinkrystallen bestehend.

25. Hierauf werden die Lungen herausgenommen; sie schwimmen in einem Gefäss mit reinem, kaltem Wasser an der Oberfläche.

26. Die Luftröhre wird sodann auch in ihrem unteren Theile eröffnet; es zeigt sich derselbe Inhalt, wie unter Nr. 24 beschrieben ist.

27. Die linke Lunge hat eine etwas unebene Oberfläche; hellgraurothe Parthien, in denen die Lungenbläschen entfaltet sind, ragen über dunkler gefärbte hervor, in denen sich eine Entfaltung der Lungenbläschen auch mit der Lupe nicht nachweisen lässt. In den vorderen Abschnitten der Lunge wiegen im Ganzen die prominirenden heller gefärbten Abschnitte vor, in den hinteren die dunkler gefärbten. Auf Druck nimmt man vorn ein Knistern des Gewebes unter dem Finger wahr; in den hinteren Abschnitten ist dies nicht so deutlich.

28. Auf dem Durchschnitt entleert sich auf der Schnittfläche auf Druck aus dem Lungengewebe an manchen Stellen feinblasiger Schaum, an anderen Stellen aber schaumloser Gewebsaft. Aus den zerschnittenen Luftröhrenästen dringt die unter No. 24 beschriebene Substanz, deren Identität abermals mikroskopisch festgestellt wird.

29. Die von der rechten Lunge und Luftröhre abgetrennte linke Lunge schwimmt auf dem Wasser; bei Einschnitten unter Wasser steigen Perlbläschen an die Oberfläche. Auch ihre einzelnen, von einander getrennten Lappen schwimmen; von den einzelnen Stückchen, in die sie hierauf zerschnitten wird, schwimmt jedoch nur der grössere Theil der Stückchen des Oberlappens an der Oberfläche, während der kleinere untersinkt; bei den Stückchen des Unterlappens zeigt sich dies Verhältniss gerade umgekehrt.

30. Die rechte Lunge verhält sich wie die linke.

31. Die Schilddrüsen sind beiderseits mandelgross; im Kehlkopf ist etwas Schleim, die Speiseröhre ist leer. Zunge und Rachen sind unversehrt.

32. Die Halsgefässe sind leer und unversehrt, die Halsnerven ebenfalls.

b. Bauchhöhle.

Das Protokoll ist hier nach den allgemeinen Grundsätzen (s. Nr. I) abzufassen. Dasselbe gilt betreffs der

II. Kopfhöhle.

Hier kommt nur die Beschreibung der Fontanelle und der in der Regel vorhandenen Kopfgeschwulst hinzu, etwa wie folgt:

Das Gewebe der weichen Kopfbedeckung links am Hinterkopf ist sulzig durchtränkt und mit reichlichen, Reissnagelkopfgrösse erreichenden Blutergüssen durchsetzt. Die grosse Fontanelle ist 5 cm lang, 3 cm breit; ihre schrägen Durchmesser betragen 3 cm. Sämmtliche Kopfknochen sind unversehrt.

Gutachten.

I. Das untersuchte Kind war ein neugeborenes, reifes und lebensfähiges.

II. Es hat geathmet, also selbstständig gelebt.

III. Es ist infolge vorzeitiger Athmung im Mutterleibe durch Anfüllung der Luftröhrenäste mit Geburtsschleim erstickt.

B. Begutachtung von psychopathischen Zuständen.

(Zum dritten Theil: Gerichtliche Psychiatrie.)

A. Muster für das Gutachten in Strafsachen.

I. Einleitung.

1. Beziehung auf die Aufforderung von Seiten der Behörde unter Angabe von Datum, Aktenzeichen und Nummer (möglichst kurz).
2. Wiedergabe der Fragestellung des Gerichtes.
3. Kurze Anführung des Materials, auf das sich das Gutachten stützt:
   a. Akten,
   b. eigene Untersuchung und Beobachtung.

II. Geschichtserzählung.

Zu Beginn derselben Alter, Datum der Geburt und Religion des Untersuchten.

1. Erblichkeit: Geisteskrankheit oder Nervosität oder Potatorium bei Vater, Mutter, Grosseltern und anderen Verwandten. Ob die Geburt ehelich oder unehelich war, ob die Mutter während der Schwangerschaft besonderen Insulten ausgesetzt gewesen ist und dergl.? Stammt der Untersuchte aus einer Gegend, wo Kropf und Kretinismus endemisch sind? u. s. w.

2. Kindheit:

a. Ob Krämpfe bestanden haben?
b. Entwickelung der Intelligenz. Laufenlernen, Sprechenlernen.
c. Kinderkrankheiten: Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten u. s. w., und ob sich daran Veränderungen in der psychischen Entwicklung anschlossen?
d. Verhalten in der Schule: Langsames Fortkommen, frühzeitige Onanie, abgeschlossenes oder sogenanntes sinniges Wesen.

3. Entwicklungsjahre, Pubertät. Ob während dieser Zeit ein Stillstand in der geistigen Entwicklung eintrat, ob sich vorübergehend psychische Störungen entwickelten oder Krämpfe auftraten? Bei weiblichen Individuen, wann die Menstruation sich einstellte?

4. Späteres Leben.

a. Ist der Untersuchte dazu gekommen, sich selbständig durchs Leben zu helfen?
b. Ist er verheirathet?
   α. Sind Kinder vorhanden und sind dieselben gesund? Sind Kinder gestorben?
   β. Verhältniss mit dem Ehegatten. Ist die Ehe glücklich?
   γ. (Bei Frauen) Wie war das Verhältniss während der Menstruation? Wie waren Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten? Ist Klimakterium bereits eingetreten?
c. Waren die äusseren Verhältnisse befriedigend, oder bestanden Kummer und Sorge um's tägliche Brot?
   Leben unter schlechten hygienischen Verhältnissen?
d. War die Thätigkeit eine aufreibende, oder erlitt der Untersuchte Kränkungen und Zurücksetzungen?
e. Sind Infektionskrankheiten oder andere schwere Erkrankungen vorausgegangen (Syphilis, Typhus, Pneumonie, Influenza u. s. w.)? Ist der Untersuchte anderen Schädlichkeiten besonders ausgesetzt gewesen?
   α. Trauma, Sturz, Stoss u. s. w.; auch psychisches Trauma, Schreck?
   β. Vergiftung mit Blei, Ergotin, verdorbenem Mais und anderen toxischen Stoffen?
f. Hat der Untersuchte getrunken?
g. Ist er bereits mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt gekommen und auf welche Weise:
h. War er bereits früher einmal geistig gestört, oder hat er an Krämpfen oder Nervenkrankheiten gelitten, ist er geistig zurückgeblieben?

α. Zu welcher Zeit war er geistig erkrankt?
β. Welches war die Form der Seelenstörung?
γ. Wann traten die Krämpfe zuerst auf?
δ. Welchen Charakter hatten dieselben: epileptisch, hysterisch, allgemein, halbseitig oder nur eine Extremität befallend? In welchen Pausen traten dieselben auf?

i. Wie war des Untersuchten gesammte Lebensführung?

5. Die ihm zur Last gelegte strafbare Handlung.

a. Kurze Schilderung derselben
nach den Akten,
nach den Angaben des Untersuchten, also evtl. auch die Angabe inwieweit er sich derselben erinnert.

b. Verhalten desselben vor und nach der ihm zur Last gelegten Handlung nach den Akten und ev. nach eigenen Angaben.

III. Ergebniss der eigenen Beobachtung und Untersuchung.

1. Haltung, Gesichtsausdruck und **Gebärden** sowie

2. Spontane Aeusserungen bei den verschiedenen Beobachtungen oder Vorbesuchen.

3. Eventuell bei Anstaltsbeobachtung kurzes Resumé der **Krankengeschichte.**

4. Körperliche Untersuchung.

a. Körpergrösse, Statur, Ernährungszustand, Muskulatur (ob Atrophieen vorhanden sind), Fettpolster, Farbe der Haut und der Schleimhäute. Etwaige Difformitäten, Missbildungen oder äussere Krankheiten (z. B. Scabies, Plattfuss, Krampfadern, Fussgeschwür, angewachsene Ohrläppchen, Defekte in der Behaarung, Hasenscharte u. dgl.).

b. Kopfform, etwaige Difformitäten und Asymmetrieen, mangelhafte Behaarung, Schmerzempfindlichkeit auf Druck oder Beklopfen. Umfang, Längsdurchmesser. Breite zwischen der höchsten Erhebung der beiden Scheitelbeine, zwischen den beiden Ohren. Umfang. Ohrbogen.

c. Gesicht: Innervation desselben. Ob Zuckungen daselbst bestehen? Ob die Nervendruckpunkte empfindlich sind? Sonstige etwa daselbst vorhandene Abnormitäten.

d. Augen: Sehschärfe; Augenbewegungen (Strabismus). Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall und Akkomodation, ev. ophthalmoskopischer Befund.

e. Gehör. Geschmack und Geruch.

f. Zunge und Mundhöhle: Wie wird die Zunge hervorgestreckt? Zittert dieselbe (grobstössiger Tremor oder fibrilläre Zuckungen)? Ist sie belegt? Wie ist die Bezahnung? Ist sie defekt? Stehen die Zähne in normaler Stellung? Sind überzählige Zähne oder Verschiebungen vorhanden? Wie verhält sich der harte Gaumen? Wie hängt das Zäpfchen? Heben sich die Gaumenbögen beim Anlauten gleichmässig? Besteht der Rachenreflex? (Man berührt mit dem Löffel die hintere Rachenwand, worauf bei den meisten normalen Menschen eine Würgebewegung erfolgt.)

g. Physikalische Untersuchung der Brust- und Bauchorgane.
Man erwähnt in der Regel nur die Abweichungen von der Norm. Das Verhalten des Pulses ist stets zu registriren.

h. Verhalten der Sensibilität:
Taktile Sensibilität. (Ob bei geschlossenen Augen Pinsel und Stiel unterschieden werden kann?) Schmerzempfindlichkeit (Nadelstiche, Druck auf den Ulnaris am Ellbogen). Temperatursinn. Muskelsinn und Lagegefühl der Extremitäten (Bewegungssinn). Ist Patient bei geschlossenen Augen im Stande, die einer Extremität passiv ertheilte Stellung mit der anderen Extremität aktiv einzunehmen? Kann er bei geschlossenen Augen bestimmte ihm sprachlich bezeichnete Körperpartieen sofort und sicher mit seinen Extremitäten berühren, z. B. mit dem Hacken des einen Fusses die Kniescheibe des andern?
Stehen mit geschlossenen Füssen und Augen. Romberg'sches Phänomen.

i. Verhalten der Motilität:
Grobe Kraft, Lähmungen, Paresen, Kontrakturen, Zuckungen, Tremor. Zittern. Intentionstremor. Zittern der gespreizten Hände.

k. Reflexe. Kniephänomen. Plantar-, Biceps-, Triceps-, Bauchdecken-, Cremaster-, Achillessehnenreflex.
l. Untersuchung des Urins.
Spez. Gewicht, Reaktion. Zucker, Eiweiss etc.

5. Verhalten der Sprache: Leise, laut, sicher, fliessend, unsicher, zögernd, skandirend, stotternd, stolpernd u. dergl. Verhalten der Sprache beim Nachsprechen von Paradigmata (dritte reitende Artilleriebrigade, konstitutionelle Monarchie, Konstantinopolitanischer Schlittschuhschlüssel, Postkutschkasten) zum deutlicheren Erkennen von etwa vorhandenem Silbenstolpern. Zu beachten, ob beim Sprechen auch noch andere als die zum Sprechen erforderlichen Muskeln innervirt werden, ob ein Zittern und Flimmern in der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen auftritt (z. B. bei der Paralyse)?

6. Ergebniss der mit dem Untersuchten bei den verschiedenen Besuchen geführten Unterhaltung. Man thut gut, die Punkte, welche auf eine bestehende Geistesstörung hinweisen, wörtlich aufzuführen.

Die Unterhaltung hat festzustellen:

a. Allgemein, ob der zu Untersuchende über Ort, Zeit und Umgebung Bescheid weiss?
b. Ob zur Zeit der Unterredung eine Bewusstseinseinengung besteht oder nicht, leichte Benommenheit, schwere Benommenheit, gänzliche Unbesinnlichkeit und dergl.? In den beiden letzten Fällen bricht man am besten die Untersuchung ab.
c. In welcher Stimmung sich der Untersuchte befindet und ob zu dieser Stimmung in den äusseren Verhältnissen ein Grund vorhanden ist? Gleichgültig, heiter traurig. Wodurch nach seiner Meinung diese Stimmung veranlasst ist? Ob Angst besteht? Ob der Vorstellungsablauf verlangsamt, oder beschleunigt ist? Ob der Bewegungsdrang vermehrt oder vermindert ist? Besteht Personenverwechslung?
d. Es ist ein Urtheil über die Verstandesthätigkeit des Untersuchten zu gewinnen. Fasst er die äusseren Verhältnisse richtig auf, oder bestehen Sinnestäuschungen und Wahnideen? Welcher Art sind dieselben? Dauernd, wechselnd? Knüpft er ein System an diese Erscheinungen? Besteht eine krankhafte Eigenbeziehung oder Beachtungswahn? Wie beurtheilt er sein Verhältniss zur Aussenwelt? Ist seine Rede formell richtig, oder folgen die einzelnen Wortgebilde und sprachlichen Aeusserungen ohne Sinn in zusammenhangloser Weise? Bestehen zwangsartige sprachliche Erscheinungen oder Bewegungen?
e. Wie verhält sich die Intelligenz im Allgemeinen?
Entspricht das Wissen der Erziehung und Bildung, oder ist ein grosser oder ein kleiner Theil des geistigen Kapitals verloren gegangen? Rechnen, Religion, Geographie, Geschichte, Politische Verhältnisse? Wie ist das Gedächtniss beschaffen (für die jüngste und entferntere Vergangenheit?
Was wird für ein Gebrauch von dem Wissen gemacht? Ist das Kritik- und Urtheilsvermögen dem Bildungsgange entsprechend entwickelt? Die Fragen sind dem Berufe oder Gewerbe des Angeschuldigten anzupassen. (Genaues siehe bei Schwachsinn!)
f. Was giebt der Untersuchte über sein Befinden im früheren Leben an?

IV. Gutachten.

1. Zusammenfassung all der Erscheinungen und Angaben, welche auf Krankheit hinweisen.

2. Entwickelung, ob diese Thatsachen genügen, um eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit zur Zeit der Untersuchung und zur Zeit der Begehung der That zu konstatiren; eventuell nach Aufzählung der Symptome wissenschaftliche Bezeichnung der Krankheitsform.

3. Tenor unter Bezug auf den § 51.

Der Tenor eines Gutachtens in Strafsachen kann je nach dem Befunde lauten:

„Ich gebe daher mein Gutachten dahin ab, dass der p. X. sowohl zur Zeit der Begehung der That in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit sich befunden hat, als auch heute noch in einem solchen sich befindet“;

oder: „dass der p. X. sich gegenwärtig zwar in einem Zustande krankhafter Störung der Geisteshätigkeit befindet, aber die Akten und die Untersuchung bestimmte Anhaltspunkte dafür, dass er auch zur Zeit der Begehung der That sich in einem solchen befunden hat, nicht ergeben haben";
oder: „dass der p. X. weder gegenwärtig an einem Zustande krankhafter Störung der geistigen Thätigkeit leidet, noch zur Zeit der Begehung der That an einem solchen gelitten hat";
oder: „dass der p. X. zur Zeit der Begehung der That an einer krankhaften Störung der geistigen Thätigkeit gelitten hat, heute aber nicht mehr an einer solchen leidet";
oder: „dass die Angaben in den Akten und meine Beobachtung und Untersuchung zu einem bestimmten Resultat nicht geführt haben; ich beantrage deshalb Beobachtung des p. X; in einer öffentlichen Irrenanstalt auf Grund des § 81 der Strafprozessordnung."

II. Muster für Gutachten in Zivilsachen.

1. **Annamnese,** wie sie sich aus den Akten und aus den Ermittelungen bei den Vorbesuchen ergeben hat.
   a. Hereditätsverhältnisse.
   b. Kindheit. Entwicklungsperiode. Erfolg beim Schulbesuch. Etwaige Krankheiten. Geistige Entwicklung.
   c. Späteres Leben. Krankheiten (z. B. syphilitische Infektion). Lebensverhältnisse. Unglück. Sorgen.
   d. Wie hat sich die geistige Erkrankung entwickelt? Wie hat sie begonnen? Was hat als Ursache gegolten?

2. **Eigene Beobachtung.**
   a. Verhalten bei den Vorbesuchen.
      α. Allgemeine Schilderung.
      β. Die bei den Vorbesuchen geführte Unterredung in Frage und Antwort.
      γ. Körperlicher Befund (nach dem für das Gutachten in Strafsachen abgegebenen Schema.)
   b. Verhalten bei der persönlichen gerichtlichen Vernehmung im Termine,
      α. Allgemeine Schilderung.
      β. Unterredung. (Es kann dabei auf das im Termine geführte Protokoll verwiesen werden.)
      γ. Besondere Erwähnung, falls sich seit den Vorbesuchen in körperlicher oder geistiger Beziehung etwas verändert hat.

3. **Entwicklung der krankhaften Erscheinungen, welche sich aus den angeführten Daten ergeben.**
   a. Ob eine durch erbliche Belastung bedingte krankhafte Disposition anzunehmen ist?
   b. Ob noch andere schädigende Momente vorliegen, z. B. Trunksucht, schwere Erkrankungen, Vergiftungen etc.?
   c. Die sich ergebenden krankhaften Erscheinungen von Seiten der Intelligenz, des Gemüthes und des Verstandes.

4. **Gutachten.** Wissenschaftliche Diagnose. Beziehungen der krankhaften Erscheinungen zu den materiell rechtlichen Bestimmungen.

Es ist der Nachweis zu führen, das der zu Entmündigende infolge von „Geisteskrankheit" oder „Geistesschwäche" seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Der Tenor des Gutachtens kann je nach dem Befunde lauten:

„Ich gebe mein Gutachten dahin ab, dass X an Geisteskrankheit (chronischer Verwirrtheit) leidet und in Folge dessen seine Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermag" oder

„X ist in seiner geistigen Entwicklung deutlich zurückgeblieben. Wenn er auch im Stande ist, einfache Dinge zu übersehen und auf einfache Fragen sachgemäss zu antworten, so zeigt doch sein ganzer bisheriger Lebensgang, dass er infolge seiner geistigen Schwäche unfähig ist, sich im Leben zu behaupten. Er muss daher im Sinne des § 6 B. G. B. als „geistesschwach" erachtet werden müssen."

C. Muster für ein gerichtsärztliches Gutachten über eine Körperverletzung.

In der Strafsache gegen X. wegen Körperverletzung — Aktenzeichen No. 84/02 — habe ich auf Ersuchen des Herrn Ersten Staatsanwalts bei dem Königlichen Landgericht I hierselbst den Z. im Königlichen Charité-Krankenhause soeben auf seinen Gesundheitszustand untersucht und berichte hierüber ergebenst wie folgt:

Z. hat mir angegeben, dass er in der Nacht vom 8. bis 9. Oktober v. Js. von einer Kneiperei heimkommend von mehreren ihm unbekannten Männern auf der Strasse angerempelt worden sei. Er habe seiner Wege gehen wollen, habe aber plötzlich einen Schlag mit einem stumpfen Gegenstand, — ob es eine Faust gewesen sei, weiss er nicht, — gegen sein Gesicht erhalten, sodass er zur Erde sank und bewusstlos wurde. Er sei wieder zu sich gekommen, als er auf der Sanitätswache in der A.-Strasse lag, wo man sich bemühte, ihm eine heftige Blutung aus der Nase zu stillen; von dort sei er in die Charité gebracht worden. Die Naenblutungen haben sich in der ersten Zeit nach der Verletzung häufiger wiederholt, die einzelnen Blutungen seien sehr heftig und anhaltend gewesen. Wenngleich zur Zeit kein Nasenbluten mehr bestände, so gehe es ihm doch schlecht, er leide an häufigen Ohnmachten, Schlaflosigkeit, Schlaffheit, sei unfähig, längere Zeit zu gehen, insbesondere aber auch unfähig zu jeder körperlichen Arbeit; jetzt habe sich Husten eingestellt, und er fürchte für seine Gesundheit das schlimmste.

Nach meinen eigenen Wahrnehmungen ist Z. ein mittelgrosser, sehr blass aussehender Mensch mit leidendem Gesichtsausdruck, schlaffer Muskulatur und geringem Fettpolster. Seine Stimme ist leise, sein Blick matt. Die Pulsfrequenz beträgt 120 in der Minute, die nach geringen Bewegungen bis auf 140 erhöht wird. Die Farbe der sichtbaren Schleimhäute ist blassgrau-röthlich bis blassgrau. Die Gegend des Nasengrundes ist verdickt; man fühlt daselbst derbe höckerige, mit dem Knochen in Zusammenhang stehende Bildungen, welche nicht druckempfindlich sind, namentlich ist dies auf der rechten Seite der Nase der Fall. Nasenbluten besteht nicht, wohl aber besteht zur Zeit Schnupfen. Die Schleimhaut der Nase ist geröthet und etwas geschwollen, wie eine Untersuchung mit dem Nasenspiegel ergiebt. Am Herzen nimmt man an der Herzspitze ein leichtes Geräusch wahr, welches sich an den ersten Herzton anschliesst; sonst sind Veränderungen am Herzen, namentlich bezüglich seiner Grösse nicht nachzuweisen. Der Anschlagschall der Lungen ist laut, das Athemgeräusch über beiden Spitzen ist sehr schwach. Die Bauchorgane lassen regelwidriges nicht erkennen. Beklopfen des Brustbeins ist etwas schmerzhaft. Die Zählung der Blutkörperchen ergiebt eine Herabsetzung der Zahl der rothen Blutkörperchen bis auf 800 000 im cmm. Der Blutfarbstoffgehalt ist um die Hälfte herabgesetzt. Gegen Ende der Untersuchung bekommt Z. einen Ohnmachtsanfall.

Die aufgefundenen wirklichen Krankheitserscheinungen bestehen demnach in Knochenauftreibungen im Nasengrund, einem Katarrh der Nasenschleimhaut und einer starken Blutverarmung bei sehr erheblicher körperlicher Hinfälligkeit.

Demnach gebe ich mein Gutachten dahin ab:

1) Es widerspricht nichts der Annahme, dass die Nasenverletzung auf die von Z. angegebene Weise entstanden sei.
2) Diese Nasenverletzung steht in einem ursächlichen Zusammenhange mit dem jetzigen Krankheitszustande.
3) Derselbe stellt sich als eine der im § 224 St. G. B. bezeichneten Verletzungsfolgen dar, nämlich als Verfall in Siechthum.

Schliesslich gebe ich die diensteidliche Versicherung ab, dass ich die Mittheilungen des Z. richtig in das Attest aufgenommen habe, dass meine eigenen Wahrnehmungen überall der Wahrheit gemäss sind, und dass ich das Gutachten auf Grund meiner eigenen Wahrnehmungen nach bestem Wissen abgegeben habe. (Der letzte Satz kann auch lauten: Schliesslich gebe ich die nach den Ministerialverfügungen vom 20. Januar 1853 und 11. Februar 1856 erforderlichen diensteidlichen Versicherungen ab).

. . . . . ., den 20. August 1902.

(L. S.) Der Königliche Kreisarzt.

D. Nachtrag von amtlichen Verfügungen, gerichtlichen Entscheidungen u. s. w.

I. Thätigkeit des Gerichtsarztes und ärztlichen Sachverständigen im Allgemeinen.

Zu Seite 15.

Ablehnung eines Sachverständigen wegen Befangenheit in Folge von Eingenommenheit gegen den die Partei vertretenden Rechtsanwalt, der seine Qualifikation bemängelt hatte und deshalb von ihm wegen Beleidigung verklagt war.

Urtheil des Reichsgerichts (II. Z.-S.) vom 5. Januar 1902.

Sachlich ist aber der vom Kläger vorgebrachte Ablehnungsgrund (Z.-P.-O. §. 406, Abs. 1, Nr. 42) genügend glaubhaft gemacht. Wie sich aus den Akten der Staatsanwaltschaft in der Strafsache gegen Rechtsanwalt Dr. S. wegen Beleidigung ergiebt, hat Baurat B. die in jenem Schriftsatze enthaltene Bemängelung seiner Qualifikation als Sachverständiger, welche nur durch Hinweis auf das hohe Lebensalter desselben begründet worden war, als schwere Verunglimpfung aufgefasst, und bei der Art und Weise seines Vorgehens gegen Rechtsanwalt Dr. S. ist die Besorgniss nicht von der Hand zu weisen, dass bei dem Sachverständigen unwillkürlich eine gewisse Eingenommenheit auch der durch den Anwalt vertretenen Partei gegenüber Platz greifen und seine Objektivität beeinträchtigen möchte.

---

§. 74, Str.-P.-O. u. §. 406, Z.-P.-O. **Ablehnung eines Sachverständigen wegen Befangenheit in Folge eines schon früher für den Gegner erstatteten Privatgutachtens.**

Urtheil des Reichsgerichts (I. Z.-S.) vom 1. Oktober 1902.

Der §. 406 Z.-P.-O. lässt die Ablehnung eines Sachverständigen aus denselben Gründen zu, welche zur Ablehnung eines Richters berechtigen, also gemäss §. 42 Z.-P.-O. insbesondere auch wegen Besorgniss der Befangenheit. Für erheblich muss die Behauptung gehalten werden, dass der Sachverständige bereits in einem anderen Prozesse sich in einem für den Gegner erstatteten Privatgutachten ungünstig über das Verfahren ausgesprochen habe, das auch bei dem jetzt zu seiner Begutachtung gestellten Beweisthema in Frage steht. Wenn auch an dem subjektiven Bestreben des Sachverständigen, seine Prüfung mit völliger Unparteilichkeit vorzunehmen, kein Zweifel bestehen kann, und dieses Bestreben durch Stellung und Qualifikation des Sachverständigen hinreichend verbürgt erscheint, so lässt sich doch der Umstand, dass er sich bereits früher mit der Sache beschäftigt und sich ein Urtheil gebildet und dieses Urtheil auch schon ausgesprochen hat, die Befürchtung nicht ganz von der Hand weisen, dass er objektiv den zu prüfenden Fragen nicht mit derjenigen vollen Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit werde gegenübertreten können, welche für die erspriessliche Erledigung der Aufgaben eines Sachverständigen, als des Gehülfen des Gerichts, gefordert werden muss.

Zu Seite 17, Anm. 2.

Der Diensteid verpflichtet den Kreisarzt auch für die gerichtsärztliche Thätigkeit innerhalb seines Amtsbezirkes.

Verfügung des Justizministers vom 29. März 1902; siehe II. Band, Seite 147; Anmerkung 2.

Zu Seite 17, Anm. 3.

Abänderung der Allgemeinen Verfügung vom 5. Februar 1900 über die allgemeine Beeidigung von Sachverständigen für gerichtliche Angelegenheiten.

Verfügung des Justizministers (gez.: Schönstedt) vom 19. März 1901 — I. Nr. 1620.

Der §. 2 Abs. 2 der allgemeinen Verfügung vom 5. Februar 1900 über die allgemeine Beeidigung von Sachverständigen für gerichtliche Angelegenheiten erhält folgende Fassung:

„Besteht für die Interessenten an den Angelegenheiten, für welche die Beeidigung erfolgen soll, eine staatlich geordnete Vertretung (Handelskammer oder sonstige kaufmännische Korporation, Landwirthschaftskammer, Gewerbekammer, Aerztekammer, Apothekerkammer, Handwerkskammer und dergl.), so ist diese zu hören. Sind an den Angelegenheiten, für welche die Beeidigung erfolgen soll, mehrere Vertretungen interessirt, so erfolgt die Anhörung einer jeden von ihnen. Im Falle eines Bedürfnisses zur allgemeinen Beeidigung von Sachverständigen sind die Vertretungen um den Vorschlag befähigter Personen zu ersuchen. Inwieweit freie Vereinigungen der Interessenten zu hören oder zu Vorschlägen aufzufordern sind, bleibt dem Ermessen der Landgerichtspräsidenten überlassen."

Zu Seite 19 und Seite 336.

§. 81 Str.-P.-O. **Ein Angeschuldigter kann, wenn die zur Begutachtung seines Geisteszustandes angeordnete Unterbringung in einer Irrenanstalt sechs Wochen gedauert hat, zur Vorbereitung eines anderweiten Gutachtens über den Geisteszustand in Haft behalten und in ein anderes Gefängniss übergeführt werden.**

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Strafsenats) vom 2. Juli 1901.

Zu Seite 22, Anm. 2.

§. 87 Str.-P.-O. **Auswahl des zweiten, bei gerichtlichen Leichenöffnungen zuzuziehenden Arztes.**

Runderlass des Justizministers vom 25. Januar 1902, mitgeth. durch Runderl. des Min. d. Med.-Angel. vom 20. Februar 1902, s. Bd. II S. 257, Anm. 7.

Zu Seite 22 und Anm. 1 auf Seite 21.

§§. 144, 371, 372, 619 Z.-P.-O. **Die Zivilprozessordnung gewährt dem Richter nicht das Recht, eine ärztliche Untersuchung behufs Feststellung der Zeugungsunfähigkeit zu erzwingen.**

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 22. November 1902.

Gegenstand einer Augenscheinseinnahme und einer damit verbundenen Untersuchung kann zwar auch der Körper einer Partei sein; erklärt aber die Partei, dass sie eine solche Untersuchung nicht gestatten wolle, so gewährt die Zivilprozessordnung dem Richter kein Recht, Zwangsmaassregeln zur Anwendung zu bringen. Nach §. 619 der Z.-P.-O. kann das Gericht zwar das persönliche Erscheinen einer Partei anordnen und erzwingen, ein weitergehender Zwang ist aber nicht gestattet. Auch im übrigen erweisen sich die Ausführungen des Berufungsrichters bei diesem Punkte als unangreifbar. Insbesondere bedurfte es keiner ausdrücklichen Erörterung, ob und inwieweit etwa aus dem ablehnenden Verhalten der Beklagten (trotz der Vorschrift des §. 617 der Z.-P.-O.) ein Verdacht hätte hergeleitet werden dürfen; denn ohne eine ärztliche Untersuchung würde die Richtigkeit der vom Kläger aufgestellten Behauptung jedenfalls nicht vollständig dargethan werden können.

Zu Seite 26.

§. 255 Str.-P.-O. **Verlesung ärztlicher Atteste in der Hauptverhandlung ist nur bei leichten Körperverletzungen zulässig.**

Urtheil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 14. Februar 1902.

Die Verlesung ärztlicher Atteste ist nur zulässig, wenn eine Körperverletzung den Gegenstand des Verfahrens bildet, beschränkt sich aber nicht auf die der Anklage zu Grunde liegende Körperverletzung, sondern greift auch Platz bei anderen Körperverletzungen, die in dem Verfahren auf diese Anklage zur Sprache kommen, insbesondere solchen, die dem Angeklagten selbst von Anderen zugefügt sind.

Die Verlesung ärztlicher Atteste über Körperverletzungen, ist auch in der Hauptverhandlung zulässig, wenn der Aussteller als Zeuge erschienen ist.

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 16. Februar 1903.

§. 255 der Str.-P.-O. gestattet ohne jede Einschränkung die Verlesung ärztlicher Atteste über Körperverletzungen, welche nicht zu den schweren gehören. Sie ist daher auch dann unbedenklich zulässig, wenn der Aussteller des Attestes in der Hauptverhandlung als Zeuge erschienen ist.

Wenn ärztliche Gutachten über Körperverletzungen auch noch Mittheilungen über den Hergang des Unfalls usw. erhalten, so ist ihre Verlesung in der Hauptverhandlung nicht zulässig.

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 9. Januar 1903.

Abgesehen von der Angabe des bei der ärztlichen Untersuchung festgestellten objektiven Befundes und der Erklärung der Untersuchten über die bei ihr vorhanden gewesenen und noch vorhandenen Kranheitserscheinungen enthält das verlesene Attest eingehende Mittheilungen der Verletzten über den Hergang bei dem von ihr erlittenen Unfall und über ihr und des Angeklagten Verhalten nach demselben, ferner auch Mittheilungen einer dritten Person über das Verhalten der Verletzten nach dem Unfalle. Insoweit überschritt das Schriftstück in sehr erheblicher Weise den Rahmen eines nach §. 255 Str.-P.-O. verlesbaren ärztlichen Attestes und verstiess seine, ausweislich des Sitzungsprotokolles erfolgte Verlesung gegen §. 249 der Str.-P.-O.

Zu Seite 38.

§. 300 Str.-Ges.-B. u. §. 383 Z.-Pr. O. **Berufsgeheimniss und Zeugnissverweigerung des Arztes.**

a. Urtheil des Oberlandesgerichts zu Karlsruhe vom 16. Mai 1902.

Hiernach erübrigt nur noch die Frage, ob der Angeklagte, wie er schon früher geltend machte und in der Revisionsinstanz wiederholt hat, durch §. 300 St.-G.-B. exkulpirt erscheint. Dies hat aber das Landgericht mit Recht verneint. Es kann dahingestellt bleiben, ob in der Bezeichnung der Krankheit eines Verstorbenen in einem doch nur zur Benutzung von Beamten (Leichenschauer, Standesbeamten, Bezirksarzt) bestimmten Sterbeschein überhaupt ein „Offenbaren von Privatgeheimnissen" im Sinne des §. 300 gefunden werden könnte; denn die Bezeichnung der Krankheit in den Sterbescheinen durch den Angeklagten war jedenfalls keine „unbefugte", nachdem den Aerzten durch die oben erwähnten Ministerialverordnungen die Bezeichnung der Krankheit der Verstorbenen im Sterbeschein im öffentlichen Interesse ausdrücklich vorgeschrieben ist. Wann das Offenbaren eines Privatgeheimnisses „unbefugt" geschieht, ist in §. 300 St.-G.-B. nicht gesagt, sondern ergiebt sich einerseits aus der allgemeinen moralischen Pflicht der in § 300 genannten Personen zur Verschwiegenheit über ihnen amtlich anvertraute Geheimnisse, anderseits aus den besonderen Umständen des einzelnen Falles. Wenn nun auch im Allgemeinen das Bekanntgeben solcher Privatgeheimnisse gegen den Willen des Anvertrauenden und nach seinem Tode gegen den Willen seiner Angehörigen als „unbefugt" erscheinen wird, so fällt diese Pflicht zur Verschwiegenheit doch dann hinweg, wenn eine zur Erlassung diesbezüglicher Anordnungen zuständige Behörde im öffentlichen Interesse die Mittheilung eines solchen Privatgeheimnisses gebietet. Dies hat nun im vorliegenden Falle das für die Regelung der Berufspflichten der Aerzte zuständige Ministerium des Innern durch die oben zitirten Verord-

nungen gethan, und damit in zulässiger Weise den Aerzten die Verpflichtung auferlegt, die Krankheit der von ihnen behandelten Personen im Sterbescheine zu bezeichnen; damit hat aber für den Angeklagten diese Angabe, falls er sich anders zu derselben nicht für befugt erachtete, aufgehört, eine „unbefugte" zu sein, nachdem ihm im höher stehenden öffentlichen Interesse die Rechtspflicht zu dieser Angabe auferlegt war. Der §. 300 St.-G.-B. stand sonach der Pflicht des Angeklagten zur Angabe der Krankheit der beiden Verstorbenen in den Sterbescheinen nicht entgegen.

b. Urtheil des Hanseatischen Oberlandesgerichts (III. Z.-S.) zu Hamburg vom 20. Dezember 1902.

... Freilich ist neben dem Zwecke der Vermeidung eines Gewissenszwangs auch ein legislatorischer Grund des Zeugnissverweigerungsrechts des Arztes der Interessenschutz derer, die solchen Personen ihr Vertrauen zu schenken haben. Damit aber, dass dies Interesse durch das sonst anormale Zeugnissverweigerungsrecht geschützt wird, erhält der ganze Stand des Arztes etc. eine besonders geartete Qualifikation, die das Vertrauen des Publikums im allgemeinen sichern und erhöhen soll. Nicht bloss der Einzelne, der ein Geheimniss anzuvertrauen hat, ist im Einzelfalle daran interessirt, dass der schweige, dem er jeweilig sein Vertrauen schenkt, sondern es ist ein öffentliches Interesse aller und auch ein Interesse der Aerzte selbst, dass sie nicht auszusagen brauchen, es sei denn, dass sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind. Wäre es anders und müsste auch der Arzt wie jeder andere Zeugniss ablegen, so würde dadurch nicht bloss das Einzelinteresse gerade dessen gefährdet, in Bezug auf welchen er auszusagen hätte, sondern auch das Interesse aller derer, die nun nicht mehr wagen, ihm etwas anzuvertrauen, und damit also recht eigentlich auch das Berufsinteresse des Arztes selbst. — Wenn nun auch anzuerkennen ist, dass in dem Falle X die Verweigerung des Ehemannes, seinen Arzt von der Verschwiegenheitspflicht zu entbinden, ungerechtfertigt war, auch eine schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten (§. 1568 B.-G.-B.) enthielt, so bleibt es gleichwohl bedenklich, an Stelle der subjektiven Entscheidung des sich dem Arzte Anvertrauenden die objektive des Richters zu setzen. Damit wird in das aus öffentlichem Interesse eingeführte Zeugnissverweigerungsrecht gewisser Berufsklassen eingegriffen. Es darf auch das ethische Moment nicht übersehen werden, dass ein Arzt etc. aus guten Gründen demjenigen, der sich ihm anvertraut hat, selbst dann sein Wort halten zu müssen vermeint, wenn auch das höchste Gericht ihm auseinandersetzt, der Vertrauende habe kein Recht, noch länger Verschwiegenheit zu fordern. Der Arzt braucht aber nicht bloss da zu schweigen, wo ihm noch Strafe aus §. 300 St.-G.-B. droht, sondern er kann es auch da, wo sein Gewissen ihm räth, ein einmal stillschweigend zugesagtes Vertrauen auf Verschwiegenheit unbedingt zu rechtfertigen."

c. Urtheil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 19. Januar 1903.

Es besteht kein Zweifel darüber, dass Aerzte zu den Personen gehören, denen kraft ihres Standes oder Gewerbes häufig Thatsachen anvertraut werden, deren Geheimhaltung sowohl durch die Natur derselben, als auch durch gesetzliche Vorschrift, nämlich durch die dem §. 300 Str.-G.-B. zu Grunde liegende Norm geboten ist, und dass sie daher auf Grund des §. 383, Abs. 1, Nr. 5 Z.-P.-O. zur Verweigerung ihres Zeugnisses berechtigt sein können. Diese Berechtigung reicht nach dem Gesetze so weit, wie sich die Verpflichtung des betreffenden Zeugen zur Verschwiegenheit erstreckt, oder um in Beziehung auf Aerzte mit den Worten des §. 300 St.-G.-B. zu reden: es kommt hier darauf an, ob es sich um ein anvertrautes Privatgeheimniss eines Dritten handelt, und ob dessen Offenbarung unbefugter, also rechtswidriger Weise geschehen würde. Nun kann es im Allgemeinen keinem Zweifel unterliegen, dass, wenn ein Arzt bei Behandlung eines Patienten bei diesem eine geschlechtliche Krankheit feststellt, ihm damit ein Privatgeheimniss desselben anvertraut ist, und dass es ganz besonderer Gründe bedarf, um die Offenbarung dieses Geheimnisses an eine andere Person als eine befugte erscheinen zu lassen. Anderseits ist nicht zu leugnen, dass, wenn diese andere Person gerade der Ehegatte des Patienten ist, sich mancherlei solche besondere Gründe denken lassen, ja dass es sogar unter Umständen als ganz berechtigt erscheinen kann, wenn der Arzt gegen den ausgesprochenen Willen des Patienten dem Ehegatten desselben Mittheilung von einer solchen Krankheit macht. Denn wie es Rechtspflichten giebt, die einer Verschwiegenheitspflicht vorgehen können, so sind auch höhere sittliche Pflichten anzuerkennen, vor denen die Verpflichtung zur Verschwiegenheit zurücktreten muss. So kann

es z. B. unter Umständen für den Arzt geboten erscheinen, der Ehefrau von der geschlechtlichen Erkrankung des Mannes Kunde zu geben, um eine Ansteckung derselben nach Möglichkeit zu verhindern; wie es auch vielleicht nicht schlechthin ausgeschlossen wäre, eine solche moralische Mittheilungspflicht unter Umständen einer dritten Person, die nicht die Ehefrau wäre, gegenüber als gegeben anzunehmen. Was aber die Zeugnisspflicht des Dr. H. betrifft, so ist ganz konkret zu fragen, ob gerade zu dieser, jetzt verlangten, Mittheilung ihm eine höhere sittliche Verpflichtung obliegt. Diese Frage ist zu verneinen; denn es handelt sich hier ja nicht um eine zur Erhaltung der körperlichen Gesundheit der Klägerin zu machende Mittheilung, sondern um die Beantwortung der Frage, ob der Beklagte im Mai 1899 an frisch erworbener Syphilis behandelt worden sei. Die Klägerin will diese Mittheilung nur dazu benutzen, einen Ehebruch ihres Mannes zu beweisen, um dadurch die Scheidung ihrer Ehe zu erlangen. Nun kann man freilich auch darin einen sittlichen Zweck erblicken, einer Ehefrau zur Scheidung von ihrem Manne zu verhelfen, wenn dieser sich so schwer gegen sie vergangen hat. Aber das wäre im Vergleiche mit der Verschwiegenheitspflicht nicht die höhere sittliche Pflicht; vielmehr würde mit solchen Erwägungen dieser ganze Fall des Zeugnissverweigerungsrechts (§. 383, Abs. 1, Nr. 5 Z.-P.-O.) überhaupt zu beseitigen sein.

Durch die Genehmigung der vorgesetzten Behörde zur Zeugnissablegung wird ein Sachverständiger von der ihm in seiner amtlichen Eigenschaft durch besondere Gesetzesvorschrift auferlegte Verschwiegenheit der Pflicht nicht entbunden, sondern er ist auch dann noch zur Zeugnissverweigerung berechtigt.

Urtheil des Reichsgericht (V. Z.-S.) vom 7. Februar 1903.

Der als sachverständiger Zeuge vernommene Gewerbeinspektor hat, nachdem die gemäss §. 376 Z.-P.-O. erforderliche Genehmigung seiner vorgesetzten Dienstbehörde eingeholt und ertheilt worden war, sein Zeugniss auf Grund des §. 383, Abs. 1, Ziff. 5 Z.-P.-O. verweigert, weil er von den fraglichen Fabrikeinrichtungen bei den in seiner Eigenschaft als Aufsichtsbeamter vorgenommenen Revisionen der Fabrik Kenntniss erhalten habe und daher nach §. 139b, Abs. 1 Gewerbeordnung zur Geheimhaltung der Wahrnehmungen verpflichtet sei. Kläger hat es abgelehnt, den Zeugen von seiner Verpflichtung zu entbinden. Die Zeugnissverweigerung wurde für begründet erklärt. Die dem Zeugen von seinem Vorgesetzten ertheilte Genehmigung zur Zeugnissablegung erledigt noch nicht die Frage, ob ein Zeugnissverweigerungsrecht besteht. Zutreffend ist auch die Darlegung des O.-L.-G., dass die Verschwiegenheitspflicht des §. 139b Gewerbeordnung weitergreift und anderer Art ist als die durch das Reichsbeamtengesetz (§. 11) den Beamten auferlegte allgemeine Verpflichtung zur Wahrung des Amtsgeheimnisses, mithin in der That eine auf Geheimhaltung von Thatsachen bezügliche Sondervorschrift, wie sie §. 383, Abs. 1, Ziff. 5 Z.-P.-O. voraussetzt, enthält.

II. Gerichtliche Medizin.

Forensischer Blutnachweis.

Zu Seite 87.

Anwendung der von dem Stabsarzte Professor Dr. Uhlenhuth in Greifswald ermittelte Methode der Blutuntersuchung.

Allg. Verfügung des Justizministers vom 24. Juli 1903, mitgetheilt durch Erl. des Min. der usw. Med.-Angeleg. vom 8. September 1903.

Von dem Stabsarzte Professor Dr. Uhlenhuth in Greifswald ist eine Methode der Blutuntersuchung ermittelt worden, welche es ermöglicht, die Art des zu untersuchenden Blutes festzustellen und namentlich Menschenblut mit Sicherheit von Thierblut zu unterscheiden. Bei der Behandlung des zu untersuchenden Blutes mit Serum aus dem Blute von Kaninchen, denen zuvor Blut anderer Thiere oder Menschenblut eingespritzt war, ergeben sich bestimmte Erscheinungen, wenn das zu untersuchende Blut von derselben Art ist wie das zuvor dem Kaninchen eingespritzte. Es kann deshalb jede Art Blut, wenn das entsprechende Serum angewendet wird, bestimmt werden. Die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen hier hat sich über den Wert der Methode mit Hervorhebung von deren grosser Bedeutung wie folgt geäussert:

„Die Erfahrungen über die Serummethode der Blutbestimmung sind bereits in Deutschland wie im Auslande so ausgedehnte, die Resultate der

Forschungen im wesentlichen so übereinstimmende, dass kein Zweifel mehr darüber bestehen kann, dass diese neue biologische Methode in der Mehrzahl der Fälle mit grosser Sicherheit gestattet, frisches sowie in allen möglichen Gegenständen seit kürzerer oder längerer Zeit angetrocknetes Blut nach seiner Herkunft zu bestimmen, Menschenblut von Thierblut, Blut verschiedener Thiere zu unterscheiden. Es ist daher dringend geboten, diese vortreffliche Methode, welche natürlich die alten bewährten Methoden des Blutnachweises nicht verdrängen, sondern nur ergänzen und vervollständigen soll, für die gerichtliche Praxis allgemein nutzbar zu machen."

Als Institute, bei denen diese Methode seit längerer Zeit zur Anwendung gelangt, werden bezeichnet:

das Hygienische Institut der Universität in Greifswald,
das Institut für Infektionskrankheiten in Berlin (Nr. 39 Nordufer),
das Institut für Staatsarzneikunde in Berlin (NW., Hannoversche Strasse No. 6),
das Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.

Diese Institute werden in erster Linie für die Vornahme von Untersuchungen der in Rede stehenden Art empfohlen.

Indem ich auf diese Methode der Blutuntersuchung aufmerksam mache, empfehle ich, in allen geeigneten Fällen die Untersuchungen nach ihr ausführen zu lassen.

Gerichtsärztliche Ermittelung des Gesundheitszustandes, Beurtheilung der Körperverletzungen.

Zu Seite 105 und 107.

§. 222a Str.-G.-B. **Begriff „gefährliches Werkzeug" bei Körperverletzung (Topf mit heissem Kaffee).**

Urtheil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 12. Juli 1901.

Ob der heisse Kaffee, von dem der Ehemann der Angeklagten im Gesicht getroffen ist, an sich als „gefährliches Werkzeug" im Sinne des Gesetzes anzusehen sein würde, kann dahingestellt bleiben; denn festgestellt ist, dass die Angeklagte nicht etwa bloss heissen Kaffee nach dem Gesicht ihres Ehemannes gegossen, sondern einen mit heissem Kaffee gefüllten Topf nach ihrem Ehemann geworfen hat, dergestalt, dass der Kaffee das Gesicht getroffen und verbrüht hat. Als das gebrauchte Werkzeug ist hiernach nicht der heisse Kaffee, sondern der Topf mitsammt seinem Inhalt angesehen worden und dieser Annahme steht nicht entgegen, dass nur ein Theil des gebrauchten Werkzeuges getroffen hat.

Das Ausgiessen einer ätzenden oder giftigen Flüssigkeit gegen Andere ist nicht als ein gefährliches Werkzeug anzusehen.

Urtheil des Reichsgerichts (I. Str.-S.) vom 9. Juni 1901.

Die im §. 223a des Str.-G.-B. mit Strafe bedrohte Art der Körperverletzung mittels eines gefährlichen Werkzeuges erfordert aber, dass das benutzte Mittel selbst nach seiner objektiven Beschaffenheit als Waffe gefährlich, somit als solches beim Gebrauche gegen einen Menschen nach dem gewöhnlichen Erfolge geeignet sei, durch mechanische Einwirkung auf den Körper die Gesundheit zu gefährden oder eine Verletzung herbeizuführen. Deshalb kann eine ätzende oder giftige Flüssigkeit, die gegen einen Anderen ausgegossen wird, nicht als ein gefährliches Werkzeug aufgefasst werden, da sie nicht dem allgemeinen Begriff einer Waffe unterstellt werden kann und keine mechanische, sondern eine chemische Einwirkung auf den Körper hervorbringt.

Feststellung des Todes und Todesart. Fahrlässige Tödtung.

Zu Seiten 117 und 135.

§. 222 des Str.-G.-B. **Fahrlässige Tödtung.**

Urtheil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 26. Mai 1900.

Wer ohne die erforderliche wissenschaftliche Ausbildung sich der ärztlichen Behandlung Kranker gewerbsmässig unterzieht, handelt unter Hintansetzung der pflichtmässigen, für solche Beschäftigung nothwendigen Aufmerksamkeit, d. h. fahrlässig.

Für den Thatbestand der fahrlässigen Tödtung kommt es nicht darauf an, dass erfahrungsgemäss der tödtliche Erfolg nur bei Personen von bestimmter Körperbeschaffenheit einzutreten pflegt und eine Person getödtet wurde, die diese bestimmte Körperbeschaffenheit nicht hatte.

Urtheil des Reichsgerichts (I. Str.-Sen.) vom 20. Februar 1902.

. . . . Dass die Handlung des Angeklagten also den Tod eines Menschen verursachen konnte, war ihm erkennbar, und dass sie den Tod eines Menschen verursachte, ist festgestellt. Das genügt, ihn der fahrlässigen Verursachung dieses Todes für schuldig zu erklären; denn ob die verursachende Handlung einen Menschen mit mehr oder weniger elastischen Körpertheilen traf, war nicht in der Natur der Handlung begründet, der Angeklagte hatte ihr keine bestimmte Richtung gegeben, der tödtliche Erfolg konnte ebenso leicht eintreten, wie unterbleiben. Daraus ergiebt sich, dass auf die Voraussehbarkeit des zufälligen Zwischengliedes im Kausalverlaufe, d. i. der Richtung auf einen Menschen von bestimmter Beschaffenheit, nichts ankommen kann.

Zu Seite 128.

§. 823 d. Bürg. Ges.-B. **Verantwortlichkeit des Arztes oder Kurpfuschers für etwaige Gesundheitsbeschädigungen in Folge der von ihm verordneten Kurmittel.**

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 24. Oktober 1902.

Verfehlt ist der Einwand, dass der Angeklagte die Erfolge nicht verursacht habe. Er habe — so wird ausgeführt — den Kranken nur einen Rath ertheilt, dessen Befolgung ihnen völlig freigestanden habe. Indem diese freiwillig und selbstständig die empfohlenen Mittel am eigenen Körper angewendet hätten, hätten sie, wenn überhaupt von Gesundheitsbeschädigung zu sprechen wäre, solche selbst verursacht. Gewiss kann nicht allgemein und ohne weiteres von demjenigen, welcher einem anderen Rath ertheilt, gesagt werden, er habe den durch Befolgung des Raths von dem anderen herbeigeführten Erfolg verursacht. Allein wenn die Strafkammer auf Grund der Verhältnisse des vorliegenden Falles eine entsprechende Feststellung getroffen hat, so ist sie vom Vorwurfe des Rechtsirrthums frei. Wer im Mangel eigener Sachkunde, aber im Vertrauen darauf, dass ein anderer, besser kundiger, ihn vom Leiden zu befreien im Stande ist, sich dessen Behandlung unterwirft, begiebt sich freiwillig in dessen Botmässigkeit insoweit, als er bei Anwendung der von ihm verordneten Kurmittel, deren Wirksamkeit er nicht übersieht, nicht Kraft eigenen Urtheils und auf Grund selbstständiger, die Folgen abwägender Willensentschliessung zu handeln pflegt. Unter solchen Umständen kann er bei Befolgung der Anordnungen jenes recht wohl als allein von dessen Willen abhängiges Werkzeug dergestalt betrachtet werden, dass betreffs der Verantwortlichkeit für die Folgen ein rechtlicher Unterschied zwischen dem Falle, wo der Behandelnde in eigener Person die Kurmittel am Leibe des Kranken in Wirksamkeit setzt, und dem Falle, wo es der Kranke dem Willen jenes entsprechend thut, nicht zu machen ist.

Untersuchung mit dem Sexualleben zusammenhängender Verhältnisse.

Ehescheidung wegen schwerer Verletzungen der durch die Ehe begründeten Pflichten u. s. w.

Zu Seite 264.

Zu §. 1568 d. Bürg. Ges.-B. **Trunkenheit als Ehescheidungsgrund.**

Urtheil des Reichsgerichts (I. Z.-S.) vom 18. November 1901.

Zu Unrecht macht die Revisionsklägerin geltend, dass Trunkenheit vom Standpunkt des Bürg. Ges.-B. kein Ehescheidungsgrund sei. Die Scheidungsgründe des §. 1568 des Bürg. Ges.-B. begreifen nicht bloss ein Verhalten, welches zufolge Verletzung der in dem ehelichen Verhältnisse begründeten Rechtspflichten die Zerrüttung der Ehe herbeizuführen geeignet ist. Auch ehrloses und unsittliches Verhalten zählt hierher, und hierzu ist unbedenklich ein Verhalten zu rechnen, welches im Widerspruche mit den sittlichen Anforderungen der Ehe gegen den anderen Ehegatten Rücksichtslosigkeit an den Tag legt und in ihm physischen und moralischen Ekel hervorzurufen geeignet ist. Dass die

Trunkenheit eine unverbesserliche und unheilbare sei, ist nicht erfordert, wie die Revision vermeint. Es reicht zur Erfüllung des unsittlichen Verhaltens auch im Sinne des §. 1568 cit. aus, wenn die Trunkenheit sich als beharrliche bethätigt. Die Scheidungsklage ist weiter begründet, wenn dieser Zustand als zur Zeit der Klage vorhanden nachgewiesen ist. Nicht erforderlich ist es, dass die Trunksucht auch noch im Laufe des Prozesses andauert.

Geschlechtlicher Missbrauch als Ehescheidungsgrund.

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 13. Januar 1902.

Das Berufungsgericht hat, insbesondere vom Standpunkt des §. 1568 des Bürg. Ges.-B., das Vorhandensein eines Scheidungsgrundes verneint. Anlangend die durch geschlechtlichen Missbrauch herbeigeführte Schädigung der Gesundheit, so ergiebt sich aus den brieflichen Aeusserungen der Klägerin nur, dass ihr die Ausübung des Beischlafes Qualen bereitet und aus dem Gutachten des Dr. R. nur, dass die Klägerin im Anfang des Frühjahrs 1900 krankhafte, wahrscheinlich auf Blutarmuth, Schwäche und Nervosität beruhende Symptome an den Geschlechtsorganen aufgewiesen hat. Ein sicherer Schluss aber, dass der leidende Zustand der Klägerin auf geschlechtlichen Missbrauch durch den Beklagten zurückzuführen ist, lässt sich nicht gewinnen. In den blossen ehelichen Beischlafsausübungen, ohne dass eine Schädigung der Gesundheit der Klägerin eingetreten ist, kann eine schwere Verletzung der ehelichen Pflichten im Sinne des §. 1568 des Bürg. Ges.-B. nicht gefunden werden. Eine zur Aufhebung des angefochtenen Urtheils führende Rechtsnormverletzung ist in diesen Ausführungen nicht zu finden.

Verbrechen gegen die Sittlichkeit.

Zu Seite 269.

§. 176 des Str.-G.-B.: **Begriff Unzucht.**

Urtheil des Reichsgerichts (II. Str.-Sen.) vom 29. März 1901.

„Unzucht" ist nicht denkbar, ohne dass wenigstens ein Theil in wollüstiger Absicht handelt. Dagegen braucht diese nicht nothwendig auch bei dem andern vorzuliegen. Es genügt, dass dieser auch seinerseits bewusster- oder gewolltermaassen zu der beischlafsähnlichen Handlung mitwirkt, sie insoweit selbst vornimmt oder duldet, und zwar in Kenntniss davon, dass der Andere dabei in der Absicht der Erregung oder Befriedigung seines Geschlechtstriebes handelt.

Zu Seite 278.

Begriff der widernatürlichen Unzucht gemäss §. 175 St.-G.-B.'s. Auch die zur Unzucht mit einem anderen Manne sich nur hingebende Mannsperson ist strafbar, gleichgültig, ob sie in eigener wollüstiger Absicht handelt oder nicht.

Urtheil des Reichsgerichts (II. Str.-Sen.) vom 29. März 1901.

Wie das Reichsgericht in ständiger Rechtsprechung angenommen hat, gehört zum Begriffe der widernatürlichen Unzucht gemäss §. 175 Str.-G.-B.'s die Vornahme einer dem Zwecke der naturwidrigen Befriedigung des Geschlechtstriebes dienenden, dem natürlichen Beischlafe ähnlichen Handlung. Wenn die Revisionen zunächst behaupten, dass eine Handlung, bei der ein Mann das männliche Glied eines Anderen in den Mund nimmt und daran saugt, auf seiner Seite überhaupt, also objektiv, kein der Vollziehung des natürlichen Beischlafes ähnliches Verhalten darstelle, so genügt es, dem gegenüber auf die wiederholten Entscheidungen des Reichsgerichts hinzuweisen, die in dieser äusseren Beziehung durchaus gleich liegende Fälle betrafen. In diesen hatten die Instanzgerichte die Handlungen gerade für beischlafsähnlich erachtet und das Reichsgericht hat darin keine Verkennung des Begriffes der widernatürlichen Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts gefunden. Von dieser Auffassung abzugehen, liegt keine Veranlassung vor.

Die widernatürliche Unzucht zwischen Männern ist ihrer Natur nach ein vorsätzliches Vergehen. An sich genügt daher in subjektiver Beziehung das Wollen einer That, die sich als beischlafsähnliche Handlung zwischen Personen männlichen Geschlechts darstellt, verbunden mit der Kenntniss der hierin liegenden Thatumstände. Dass ausserdem noch eine auf Erregung oder Befriedigung des Geschlechtstriebes gerichtete Absicht gefordert wird, ist nur eine Folge aus dem Begriffe der Unzucht, der eben verlangt, dass die Handlung, di

als solche erscheint, der Erregung oder Befriedigung des Geschlechtstriebes, der Wollust mindestens des einen Theiles zu dienen bestimmt ist. Nicht jedoch folgt aus diesem Begriffe noch weiter, dass auch die zur Verübung der Unzucht mitwirkende andere Person nothwendig eine gleiche Absicht bei ihrer Mitwirkung verfolge. Jenes Erforderniss bestimmt nur den Charakter der That beider Personen als einer äusseren Einheit: die „Unzucht" ist nicht denkbar, ohne dass wenigstens ein Theil in wollüstiger Absicht handelt. Dagegen braucht diese nicht nothwendig auch bei dem anderen vorzuliegen. Es genügt, dass dieser auch seinerseits bewusster- und gewolltermassen zu der beischlafsähnlichen Handlung mitwirkt, sie insoweit selbst vornimmt oder duldet, und zwar in Kenntniss davon, dass der Andere dabei in der Absicht der Erregung oder Befriedigung seines Geschlechtstriebes handelt. Indem aber der §. 175 St.-G.-B.'s die Unzucht „zwischen Personen männlichen Geschlechts" mit Strafe bedroht, richtet er sich schon nach dieser Fassung gegen die beiden bei einer Unzucht zusammenwirkenden Personen, ohne Unterschied, wer dabei als der thätige oder der leidende Theil erscheint, und ob beide oder nur einer dabei eine wollüstige Absicht verfolgt.

§. 175 Str.-G.-B.: **Widernatürliche Unzucht.**

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Str.-Sen.) vom 19. Dezember 1902.

Es ist nur festgestellt, dass die Angeklagten sich aufeinandergelegt und beide in dieser Lage mit ihren Unterleibern beischlafähnliche stossende Bewegungen gemacht haben. Die zur Annahme eines beischlafsähnlichen Akts erforderliche unmittelbare Berührung des aktiven Gliedes mit dem gemissbrauchten Körper ist jedoch hierin nur dann zu finden, wenn eine Entblössung des ersteren stattgefunden hat.

Unterbrechung der Schwangerschaft.

Zu Seite 288.

§. 218 Str.-G.-B.: **Versuch der Kindesabtreibung mit untauglichen Mitteln, begangen von einer Nichtschwangeren.**

Urtheil des Reichsgerichts (I. Str.-Sen.) vom 14. März 1901.

In schliesslicher Zusammenfassung obiger Erörterungen und unter Bezugnahme auf die oben erwähnten Entscheidungen wird hiermit abermals als rechtsirrig bezeichnet, einen Unterschied zu machen zwischen Versuch mit tauglichen und Versuch mit (absolut oder relativ) untauglichen Mitteln; ferner den Versuch des Verbrechens der Kindesabtreibung (§. 218 Str.-G.-B.'s) für straflos zu erklären, wenn und weil die Thäterin sich über ihre Schwangerschaft geirrt, es also an dem Objekte des Verbrechens gefehlt hat, endlich überhaupt für den „Anfang der Ausführung" eines Verbrechens andere thatsächliche Voraussetzungen zu verlangen als solche Handlungen, die nach der Vorstellung des Thäters den Thatbestand des Verbrechens erfüllen sollten und über blosse Vorbereitungshandlungen hinausgingen.

III. Die psychiatrische Sachverständigen-Thätigkeit.

Entmündigung.

Zu Seite 340.

§. 6 des B.-G.-B. **Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche.**

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 24. Oktober 1900.

Geisteskrankheit oder deren leichtere Form, die nur dem Grade nach von ihr unterschiedene Geistesschwäche, rechtfertigt nur dann die Entmündigung einer Person, wenn diese, sei es gänzlich nach Art eines Kindes unter 7 Jahren (Fall der Geisteskrankheit) – oder doch in erheblichem Maasse – gleich einem Minderjährigen, der das siebente Lebensjahr vollendet hat (Fall der Geistesschwäche) — an der Besorgung aller ihrer Angelegenheiten gehindert wird. Würde diese Verhinderung nur einzelne Angelegenheiten des zu Entmündigenden oder einen

bestimmten Kreis derselben betreffen, so liegt hier zwar die Voraussetzung für die Anordnung einer Pflegschaft aus §. 1900, Abs. 2 B.-G.-B., dagegen keineswegs auch schon ein für die Entmündigung nach §. 6 Ziffer 1 B.-G.-B. ausreichender Thatbestand vor.

Zu Seite 340 u. 346.

§. 6 u. §. 1910 des B.-G.-B. **Die Bestellung eines Pflegers für einzelne Angelegenheiten ist auch bei Geisteskranken und Geistesschwachen, die im Sinne des §. 6 des B.-G.-B. geschäftsunfähig sind, zulässig.**

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 6. Oktober 1902.

Auch Geisteskranken und Geistesschwachen, welche im Sinne des §. 6 des B.-G.-B. ihre Angelegenheiten im Allgemeinen nicht zu besorgen vermögen, kann gemäss §. 1901, Abs. 2 des B.-G.-B. ein Pfleger für einzelne Angelegenheiten bestellt werden, falls das praktische Bedürfniss im konkreten Falle nur eine solche beschränkte Vertretung verlangt, z. B. in dem Fall, dass der Ehemann gegen seine Ehefrau wegen ihrer Geisteskrankheit auf Ehescheidung klagen will.

Ehescheidung wegen Geisteskrankheit.

Zu Seite 356.

§. 1569 des B.-G.-B. **Ehescheidung wegen Geisteskrankheit.**

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 4. März 1901.

... Demgegenüber muss davon ausgegangen werden, dass die eheliche Gemeinschaft ein auf sittlichen Rechten und Pflichten beruhendes Lebensverhältniss ist, und dass, wenn von einem Fortbestehen, einer Fortbethätigung dieser Gemeinschaft gesprochen werden soll, entsprechende reale Anhaltspunkte dafür zu erfordern sind. Nun hat der Sachverständige C. bei seiner ersten Vernehmung bekundet: Die Entlassung des Beklagten aus der Provinzialirrenanstalt sei bis dahin immer am Mangel anderweiter geeigneter Unterbringung gescheitert. Dies werde bei der Natur seiner Geisteskrankheit und bei den bestehenden Verhältnissen auch für die Zukunft geschehen. Deshalb sei eine geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten für jetzt und in der Zukunft ausgeschlossen. Zwar sei eine Bethätigung der Gemeinschaft durch Briefwechsel nicht absolut ausgeschlossen, aber auf diese Möglichkeit bei der hochgradigen Interesselosigkeit des Beklagten nicht zu rechnen." Angesichts dieser Angaben des Sachverständigen wird das Bedenken nahe gelegt, inwiefern sich für Gegenwart und Zukunft thatsächlich noch eine eheliche, d. h. von dem Bewusstsein sittlicher Rechte und Pflichten getragene Gemeinschaft unter den Ehegatten ermöglichen soll.

---

§. 1569 des B.-G.-B. **Ehescheidung ist nur wegen Geisteskrankheit und nicht wegen Geistesschwäche zulässig.**

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 5. Mai 1903.

Das Oberlandesgericht geht davon aus, dass der Scheidungsgrund aus §. 1569 des B.-G.-B nur im Falle der Geisteskrankheit, nicht auch im Falle der blossen Geistesschwäche, Platz greife. Diese Auffassung erscheint zutreffend im Hinblick auf die erheblichen Unterschiede, welche das Bürgerliche Gesetzbuch an anderen Stellen in Betreff der Handlungsfähigkeit von Geisteskranken und Geistesschwachen vorsieht (vgl. §§. 104, Nr. 3, 114, 1304, 1729, 1751, 2253), zumal bei Berücksichtigung des in §. 1569 selbst für die Geisteskrankheit vorausgesetzten Grades, zufolge dessen die geistige Gemeinschaft zwischen den Eheleuten ohne jede Aussicht auf Wiederherstellung ausgeschlossen sein muss.

Die nächste Frage ist, ob nach jetziger Sachlage der Beklagte als geisteskrank oder nur als geistesschwach anzusehen ist, die weitere, ob der Geistesdefekt des Beklagten den in §. 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuchs vorausgesetzten Grad erreicht hat. In beiden Fragen stehen die Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. C. und Dr. W. einander gegenüber. Diese Bestimmung setzt die Ausschliessung der geistigen Gemeinschaft voraus. Damit ist offenbar eine höhere Gemeinschaft, als das blosse Zusammenleben der Eheleute gemeint, nämlich eine solche, bei der diese zu gemeinsamem Denken und Fühlen befähigt sind. Gerade mit Bezug hierauf hat aber der Sachverständige W. dem Beklagten die Fähigkeit zu realer, d. h. praktischer Bethätigung völlig abgesprochen.

b) Verfahren bei der Entmündigung.

Abänderung der Allgemeinen Verfügung vom 28. November 1900 über die Zuziehung von Sachverständigen im Entmündigungsverfahren. Allgemeine Verfügung des Justizministers vom 1. Oktober 1902, mitgetheilt durch Erl. d. Min. der u. s. w. Med.-Angel. vom 3. Februar 1903; Siehe Bd. II., S. 257, Anm. 2.

IV. Aerztliche Sachverständigen-Thätigkeit auf dem Gebiete der Unfall-, Invaliditäts- und Lebensversicherung.

A) Unfallversicherung. 1. Oeffentliche Unfallversicherung.

Zu Seite 410.

Aerztliche Gutachten.

Mitwirkung der Aerzte bei Feststellung des Maasses der Erwerbsunfähigkeit in Unfall- und Invalidenrentenangelegenheiten.

Rundschreiben des Präsidenten des Reichsversicherungsamtes vom 31. Dezember 1901.

Es ist wiederholt, namentlich auch im Reichstage, zur Sprache gebracht worden, dass den über den Grad der Erwerbsunfähigkeit eines Rentenbewerbers abgegebenen Aeusserungen der ärztlichen Sachverständigen bei der Entscheidung der Feststellungsorgane in Unfall- und Invalidenangelegenheiten mitunter ein zu weitgehender Einfluss eingeräumt werde.

Das Reichsversicherungsamt nimmt deshalb auf Anregung des Herrn Staatssekretärs des Innern Veranlassung, darauf hinzuweisen, dass die Aufgabe der ärztlichen Begutachtung im Allgemeinen in der Feststellung der physiologischen Folgen des Unfalls oder der eine Invalidität begründenden Gebrechen ihre Begrenzung findet, dagegen die sonstigen ärztlichen Aeusserungen, insbesondere darüber, welchen Einfluss der Befund auf die Erwerbsunfähigkeit des Rentenbewerbers ausübt, den in ihrer Entscheidung selbstständigen Feststellungsinstanzen zwar werthvolle und bei inneren Krankheiten sogar oft unentbehrliche, aber keineswegs bindende Unterlagen für die Urtheilsfindung bieten.

Hiernach würde es unzulässig sein, wenn — was vorgekommen sein soll — die Feststellungsinstanzen einfach den von dem Arzte angegebenen Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit ihrer Entscheidung zu Grunde legten, ohne die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit selbst geprüft zu haben. Ein derartiges Verfahren, durch das eine der wichtigsten Aufgaben der Feststellungsorgane zu einer mechanischen Wiederholung des Ergebnisses der ärztlichen Gutachten herabgedrückt werden würde, entspricht nicht der Absicht des Gesetzes.

Hat im einzelnen Falle der in der Sache gehörte ärztliche Sachverständige auf Ersuchen oder aus freien Stücken auch eine Aeusserung über den Grad der Erwerbsunfähigkeit eines Rentenbewerbers abgegeben, so darf niemals ausser Acht gelassen werden, dass die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit an sich keine rein medizinische, und dass ihre Beantwortung nicht ausschliesslich und in erster Linie Sache des Arztes ist, sondern in der Hauptsache eine der vornehmsten Aufgaben der mit der Rentenfestsetzung betrauten Instanzen bildet.

Ausserdem ist es vorgekommen, dass vielfach, obgleich sachlich gegen den oben bezeichneten Grundsatz nicht verstossen worden ist, doch die Begründung der Entscheidungen im Wortlaute so ungeeignet gefasst wurde, dass sie den Vorwurf einer mechanischen Handhabung des Entschädigungsverfahrens rechtfertigen könnte. Die Feststellungsorgane werden daher ergebenst ersucht, auch auf die Fassung der Bescheide besondere Sorgfalt zu verwenden, damit derartige irrthümliche Auffassungen über das Verfahren der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten nicht entstehen können.

Die Frage, ob und inwieweit das Schiedsgericht die Mittheilung eines ärztlichen Gutachtens an die Rentenbewerber ablehnen darf, unterliegt der Nachprüfung in der Revisionsinstanz.

Rek.-Entscheidung[1]) vom 25. September 1901.

[1]) Rek.- oder Rev.-Entscheidung, Bescheid u. s. w. bedeutet Rekurs- oder Revisions-Entscheidung, Bescheid des Reichsversicherungsamtes.

Die berufsgenossenschaftlichen Organe brauchen die für die Feststellung der Entschädigung maassgebenden ärztlichen Gutachten den Berechtigten nur ihrem für die Entschliessung wesentlichen Inhalte nach mitzutheilen.

Bescheid vom 26. Oktober 1901.

Die Vorschrift betreffs Anhörung des behandelnden Arztes gilt nicht nur für das Bescheidsverfahren, sondern auch für die Rechtsmittelinstanzen.

Rek.-Entscheidung vom 20. Juni 1903.

Die Anhörung des behandelnden Arztes hat in denjenigen Fällen, für welche sie vorgeschrieben ist, nicht nur insofern Werth, als sie geeignet ist, ein etwa bestehendes Misstrauen der Verletzten gegen die Unparteilichkeit der berufsgenossenschaftlichen Organe bei der Ertheilung ihrer Rentenfeststellungsbescheide in einem wesentlichen Punkte zu beseitigen; sie hat vielmehr in diesen Fällen auch eine grosse sachliche Bedeutung. Denn der behandelnde Arzt kennt den Verletzten und den Verlauf seiner Krankheit in der Regel genau, kann häufig über die oft schwer zu beantwortende Frage, ob ein Leiden erst durch den Unfall entstanden ist oder schon früher vorhanden war, entscheidenden Aufschluss geben und vermag nicht selten auch über andere für die Beurtheilung des Entschädigungsanspruchs des Verletzten wichtige Thatsachen Angaben zu machen.

Zu Seite 410, Anm. 2, No. 7.

Die preussischen Regierungs- und Medizinalräthe, Universitätsprofessoren u. s. w. erhalten als ärztliche Sachverständige vor den Schiedsgerichten in Unfall- und Invaliditätssachen Gebühren nach denselben Sätzen wie alle anderen Aerzte, also nach dem Gesetz vom 9. März 1872.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 25. Juni 1901.

Nach §. 17 der Kaiserlichen Verordnung über das Verfahren vor den auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichten vom 2. November 1885 und §. 18, Abs. 4 der Kaiserlichen Verordnung vom 22. November 1900, betr. das Verfahren vor den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung erhalten Zeugen und Sachverständige, welche von diesen Schiedsgerichten vernommen werden, Gebühren nach Maassgabe der Gebührenordnung vom 30. Juni 1878. Der §. 13 dieser Gebührenordnung schreibt aber vor, dass, soweit für gewisse Arten von Sachverständigen besondere Taxvorschriften bestehen, lediglich diese in Anwendung kommen. In Preussen kommt demnach bei Gewährung von Gebühren an Aerzte, welche in dem schiedsgerichtlichen Verfahren als Sachverständige vernommen werden, das preussische Gesetz vom 9. März 1872 zur Anwendung. Dieses Gesetz gilt zwar nach seiner Ueberschrift in erster Linie für die Medizinalbeamten bei Besorgung gerichtsärztlicher u. dergl. Geschäfte, nach §. 7 aber auch für nichtbeamtete Aerzte, wenn sie zu den in den §§. 1—6 bezeichneten Verrichtungen amtlich aufgefordert werden.

Zu diesen „nichtbeamteten Aerzten" zählen nach diesseitiger Ansicht die bei den Königlich preussischen Regierungen angestellten Regierungs- und Medizinalräthe, wenn sie nicht innerhalb ihres staatsdienstlichen Pflichtenkreises von ihren vorgesetzten Dienstbehörden, sondern in ihrer Eigenschaft als praktische Aerzte von anderen Behörden zu Verrichtungen herangezogen werden, welche nicht in jenen Pflichtenkreis fallen. Der §. 7 a. a. O. hat offenbar nicht den Zweck, nur den ausschliesslich Privatpraxis treibenden Aerzten, sondern allen Aerzten, welche an Stelle der im Gesetz vom 9. März 1872 aufgeführten Medizinalbeamten, Kreisphysiker und Wundärzte, Kreis- und Departementsthierärzte zu amtlichen Verrichtungen herangezogen werden, beim Mangel anderweiter Verabredungen wenigstens die gleichen Gebühren u. s. w. zu sichern, welche diesen Beamten zustehen. Demgemäss sind diesseits auch ohne Widerspruch des Rechnungshofes des Deutschen Reiches die Gebühren der von hier als Sachverständige zugezogenen preussischen Regierungs- und Medizinalräthe sowie Universitätsprofessoren, Leiter von staatlichen und kommunalen Krankenanstalten und anderer angestellter Aerzte festgestellt worden.

Hiernach hat das Schiedsgericht die Gebühren des Sachverständigen Reg.- und Geh. Med.-Raths Dr. R. in M. mit Recht nach Maassgabe des §. 3 des Gesetzes vom 9. März 1872 festgesetzt.

Vereidigung von Sachverständigen der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung.

Erlass des Ministers für Handel und Gewerbe vom 29. April 1901.

In Ergänzung der Anweisung vom 29. Dezember v. J. bestimme ich, dass die gemäss §. 8 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30. Juni v. J. zu den Sitzungen der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung zuziehenden Aerzte in der ersten Sitzung des Schiedsgerichts im Kalenderjahre zu vereidigen sind. Für die Vereidigung wird die nachstehende Formel festgesetzt, die den zu Vereidigenden vorzusprechen ist:

„Sie schwören bei Gott, dem Allmächtigen und Allwissenden, die Pflichten als Sachverständiger des Schiedsgerichtes für Arbeiterversicherung getreulich zu erfüllen und die von Ihnen erforderten gutachtlichen Aeusserungen unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen zu erstatten."

Die Aerzte leisten den Eid, indem jeder einzeln die Worte spricht:

„Ich schwöre es, so wahr mir Gott helfe".

Der Schwörende hat bei der Eidesleistung die rechte Hand zu erheben.

Soweit die Aerzte als gerichtliche Sachverständige oder als beamtete Aerzte oder als Vertrauensärzte eines Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung bereits vereidigt sind, genügt eine Verpflichtung durch Handschlag unter Hinweis auf den bereits geleisteten Eid.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit. Festsetzung der Rente im Allgemeinen. Hülflosenrente.

Zu Seite 422.

Die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges der Krankheit (Lungenentzündung) mit einem Betriebsunfall genügt nicht, um einen Rentenanspruch zu begründen.

Rek.-Entscheidung vom 26. September 1901.

Lungenentzündung in Folge von Erkältung Betriebsunfall angenommen.

Rek.-Entscheidung vom 6. Juni 1903.

Unter den obwaltenden Umständen kann nicht angenommen werden, dass es sich um ein durch die andauernde und regelmässige Arbeit im feuchten Bergwerk allmählich entstandenes Leiden handelt. Vielmehr liegt eine in zeitlicher Entwickelung genau begrenzte und mit dem Betriebe im engsten Zusammenhange stehende Körperschädigung vor, die mit einer Betriebsstörung ursächlich zusammenhängt und die den Tod des Verstorbenen unmittelbar verursacht hat und bei einer einzelnen, bestimmten, innerhalb einer Schicht ausgeführten Arbeit, also in diesem Sinne plötzlich entstanden ist. Hiermit ist der Begriff des Betriebsunfalls gegeben.

Ein ursächlicher Zusammenhang von Verletzungen auf Reisen zu Heilungs- und Untersuchungszwecken mit dem Betriebsunfalle, welcher die Reise veranlasst hat, ist nur dann anzunehmen, wenn dargethan wird, dass die Verletzung voraussichtlich nicht eingetreten sein würde, wenn nicht in Folge des früheren Unfalls eine geringere körperliche Gewandtheit und geringere Widerstandsfähigkeit des Verletzten vorhanden gewesen wäre.

Rek.-Entscheidung vom 6. Mai 1902.

Tod an tuberkulöser Gehirnhautentzündung und ursächlicher Zusammenhang mit Unfall (Quetschung des Unterschenkels mit nachfolgender Knochentuberkulose).

Rek.-Entscheidung vom 19. September 1902.

Auf Grund des vom Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fürbringer-Berlin erstatteten Obergutachtens muss der ursächliche Zusammenhang des Todes mit dem Unfall vom 13. Oktober 1900 bejaht werden. Danach ist Sch. 10 Monate nach dem Unfall an tuberkulöser Hirnhautentzündung gestorben. Einige Zeit vorher war Lungentuberkulose aufgetreten. Diese aber ist auf den Unfall zurückzuführen. Denn der Unfall hatte eine Knochenhautentzündung und einen Fussgelenkerguss im Gefolge, und diese Prozesse waren von ungebührlich langer Dauer. Die

später eintretende Verdickung des Unterschenkels deutet auf eine bereits erfolgte tuberkulöse Umwandlung des chronischen Entzündungsprozesses im Bereiche von Gelenk und Knochen. Solche Knochentuberkulose folgt sehr oft derartigen Unfällen. Diese Knochentuberkulose führte sodann zur Infektion der Lunge, und es wurden dann von hier aus die Keime der Krankheit in das Gehirn verschleppt. Dass die Lungentuberkulose bereits zur Zeit des Unfalls latent vorhanden war, ist nach dem Obergutachten nicht anzunehmen. Aber auch wenn dies der Fall gewesen ist, so hat der Unfall jedenfalls die latente Lungentuberkulose erst ausgelöst.

Tod durch Herzschlag infolge grosser Hitze beim Arbeiten am Ziegelofen. Betriebsunfall anerkannt.

Rek.-Entscheidung vom 10. Oktober 1902.

Nach dem Gutachten des Professors Dr. L. ist als wahrscheinlich anzunehmen, dass der Tod an einer Herzlähmung erfolgt ist, die dadurch entstanden ist, dass die längere Thätigkeit des Verstorbenen in dem heissen (+ 42 C) Raum bei sehr hoher Aussentemperatur Ansprüche an die Herzthätigkeit gestellt hat, denen das wahrscheinlich schon geschwächte Herz nicht gewachsen war.

Ob das Herz des Verstorbenen bereits vorher geschwächt war, wie die Sachverständigen annehmen, oder nicht, kommt dabei nicht in Betracht, da auch in ersterem Falle bei schon bestehender Herzschwäche die grosse Hitze am 1. Juni 1901 immerhin in wesentlich erhöhendem Maasse schädigend darauf eingewirkt, also den Eintritt der Erkrankung und des Todes erheblich beeinflusst hat. Mithin liegt ein ursächlicher — sei es mittelbarer oder unmittelbarer — Zusammenhang der Betriebsarbeit mit dem Tode vor.

Fraglich kann nur sein, ob bei Lage des Falles eine plötzliche, zeitlich ausreichend begrenzte Einwirkung der schädigenden Hitze anzunehmen ist, oder nicht vielmehr eine Krankheit, welche als das Endergebniss der eine längere Zeit andauernden, der Gesundheit nachteiligen Betriebsweise aufzutreten pflegt. Das R. V. A. hat die erstere Frage bejaht. Denn der Verstorbene war bis zum 1. Juni 1901 gesund gewesen und hat an ähnlichen Anfällen vorher nicht gelitten. Die Einwirkung der schädigenden Hitze beschränkte sich auf den kurzen Zeitraum von etwa vier Stunden. Der Umstand, dass der Verstorbene schon am Tage vorher sich nicht wohlgefühlt hat, wie aus seiner Aeusserung, „dass ihm besser sei, als am Tage zuvor", zu schliessen, erscheint belanglos. Denn aus dem Inhalte dieser Aeusserung und dem Umstande, dass er am Morgen des 1. Juni 1901 den Eindruck eines ganz gesunden Mannes machte, ist zu folgern, dass jenes Unwohlsein nur ein leichtes gewesen ist, das inzwischen wieder beseitigt war.

Mehrere Unfälle, welche nach einander denselben Körpertheil betroffen haben, dürfen nicht nach ihrem Gesammteinfluss auf die Erwerbsfähigkeit des Verletzten mit einer Gesammtrente entschädigt werden. Die durch den weiteren Unfall eingetretene Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ist völlig selbstständig zu beurtheilen und zu schätzen.

Rek.-Entscheidung vom 25. Juni 1902.

Zu Seite 427.

Hülflosigkeit im Sinne des §. 9 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes.

Rek.-Entscheidungen vom 1. Juni und 19. September 1901.

Hülflos, „dass Jemand ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann," ist nicht schon Jeder, der für gewisse einzelne Verrichtungen, wenn auch regelmässig, auf fremde Hülfe angewiesen ist, sofern sich diese Hülfeleistungen ohne beträchtlifhe Schwierigkeiten und Aufwendungen beschaffen lassen; sondern nur der, für dessen Pflege dauernd eine fremde Arbeitskraft ganz oder doch in erheblichem Uemfange in Anspruch genommen werden muss, weil er zu den meisten Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung aus eigener Kraft nicht mehr im Stande ist.

Ein Blinder ist im Sinne des §. 9 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes „derartig hülflos, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann".

Rek.-Entscheidung vom 11. März 1902.

Zur Gewährung der sog. Hülflosenrente liegt bei einer Abquetschung der rechten Hand mit Ausnahme des Daumens, sowie des Zeige-, Mittel- und Ringfingers der linken Hand kein ausreichender Anlass vor.
Rek.-Entscheidung vom 30. Oktober 1902.

Die Annahme theilweiser Erwerbsunfähigkeit vor dem Unfalle bei geringfügigem Emphysem ist nicht zulässig.
Rek.-Entscheidung vom 12. Januar 1903.

Zu Seite 436.

Eine Veränderung in den für die Feststellung der Entschädigung maassgebend gewesenen Verhältnissen im Sinne des § 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes liegt nur dann vor, wenn die Veränderung in dem durch den Unfall herbeigeführten Zustand eintritt und auf den Unfall zurückzuführen ist.
Rek.-Entscheidung vom 28. Juni 1902.

Die Pflicht zur Gewährung der zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hülfsmittel (Krücken, Stützapparate usw.) schliesst auch die Pflicht zur Instandhaltung und Erneuerung derselben in sich.
Bescheid vom 14. Mai 1903.

Verletzungsfolgen an den oberen Extremitäten.

Zu Seite 452.

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des Nagelgliedes des rechten Daumens.
Rek.-Entscheidung vom 2. Oktober 1901.
Der Kläger hat zur Zeit nur noch den Verlust des Nagelgliedes des rechten Daumens zu beklagen. Hierfür würde schon eine Rente von 10% der Vollrente als eine ausreichende Entschädigung erscheinen. Wenn daher die Beklagte dem Kläger eine Rente von 15% gewährt hat, so hatte das Schiedsgericht keine Veranlassung, diese noch um weitere 5% zu erhöhen.

Keine Erwerbsverminderung bei einem Schmied durch Verlust des Endgliedes des rechten Zeigefingers.
Rek.-Entscheidung vom 28. Oktober 1901.

Eine nennenswerte Beschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wird durch den Verlust der beiden Endglieder des linken Zeigefingers nicht mehr verursacht.
Rek.-Entscheidung vom 10. Januar 1903.

Grad der Erwerbsverminderung (10%) bei glattem Verlust des linken Mittelfingers.
Rek.-Entscheidung vom 3. Juli 1903.
Es bleibt nur der glatte Verlust des linken Mittelfingers zu entschädigen. Erwägt man, dass seit dem Unfall fast zwei Jahre verflossen sind, die dem Kläger reichlich Gelegenheit zur Anpassung und Gewöhnung an den veränderten Zustand seiner verletzten Hand gegeben haben, so erscheint, auch, wenn man die Beschwerden des Klägers, wenigstens zum Theil, für begründet ansehen will, die auch sonst für dergleichen Verletzungen gewährte Rente von 10% angemessen und ausreichend.

Eine messbare Beeinträchtigung im wirthschaftlichen Leben liegt bei Verlust des Nagelgliedes des linken Mittelfingers nicht vor.
Rek.-Entscheidung vom 25. Mai 1903.

Verletzungsfolgen an den unteren Extremitäten.

Zu Seite 457.

Geringe Winkelstellung der Bruchenden nach Bruch des Unterschenkels bedingt an sich keine Erwerbsverminderung.

Rek.-Entscheidung vom 24. Februar 1903.

Der Umstand allein, dass das Bein mit einem unbedeutenden, seinen Gebrauch nicht beeinträchtigenden Schönheitsfehler geheilt ist, kann einen Entschädigungsanspruch nicht begründen, weil weder eine Verunstaltung des Klägers dadurch eingetreten ist, noch der Gebrauch des Beines in einer ungünstigen Weise beeinflusst wird. Erfahrungsgemäss pflegen auch Brüche bei so jugendlichen Personen, wie es der Kläger ist, unter ärztlicher Hülfe in einer nachtheilige Folgen für die Zukunft ausschliessenden Weise auszuheilen, so dass die aus dem Befund nicht nachweisbaren Schmerzen des Klägers in dem verletzten Beine von vornherein nicht wahrscheinlich sind. Immerhin könnte es sich schliesslich bei diesen als Schmerzen empfundenen Beschwerden nur um geringe Unbequemlichkeiten handeln, die bei der seit dem Unfall abgelaufenen geraumen Zeit ($2^1/_4$ Jahr) eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht bedeuten.

Grad der Erwerbsverminderung bei traumatischem Plattfuss.

Rek.-Entscheidung vom 29. November 1902.

Nach den ärztlichen Gutachten ist der linke Fuss des Klägers im Vergleich zum rechten deutlich abgeflacht, diese Erscheinung tritt namentlich beim Aufsetzen des Fusses deutlich hervor. Die Muskulatur des linken Beines weist ein Mindermaass um 1 cm auf. Die Aerzte nehmen an, dass eine Zerreissung des Bandapparates des Fusses durch den Unfall stattgefunden hat. Der Kläger kann infolgedessen nicht ordentlich gehen, nicht lange stehen und nicht schwer tragen. Seine Klagen über Stechen im Fuss sind glaubhaft.

Nach diesem Befunde ist der Kläger auf Arbeiten im Sitzen oder auf leichte Arbeiten im Stehen angewiesen. Dabei ist er Bergmann, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt kommt er also nur als gewöhnlicher Arbeiter in Frage. Das R. V. A. ist deshalb mit dem Schiedsgericht der Meinung, dass die Erwerbsunfähigkeit des Klägers mit $33^1/_3$ % zu niedrig bewerthet ist. Die Schätzung des Schiedsgerichts auf $66^2/_3$ % erscheint anderseits aber als entschieden zu hoch gegriffen. Das R. V. A. schätzt die Erwerbsunfähigkeit auf 45 %. Dementsprechend ist die Rente festgesetzt.

Glatter Verlust einer grossen Zehe verursacht keinen messbaren und nennenswerthen Schaden an der Erwerbsfähigkeit.

Rek.-Entscheidung vom 20. September 1901.

Verlust der grossen Zehe. Grad der Erwerbsverminderung.

Rek.-Entscheidung vom 10. Februar 1902.

Das R.-V.-A. hat zwar mehrfach angenommen, dass durch den Verlust der grossen Zehe nach eingetretener Gewöhnung eine nennenswerthe Beeinträchtigung in der Erwerbsfähigkeit nicht mehr bedingt werde. In allen diesen Fällen handelte es sich jedoch um den glatten Verlust der grossen Zehe. Im vorliegenden Falle aber hat der Augenschein ergeben, dass in Folge der Weichtheilzerreissungen auch ausgedehnte Narben vorhanden sind, und dass der Fuss rechts an der Amputationsnarbe oben anscheinend etwas abgeflacht, unten aber jedenfalls verdickt ist. Unter diesen Umständen und in Anbetracht, dass für einen Bergmann zur Arbeit unter Tage die Unversehrtheit der Füsse ganz besonders wichtig ist, hat das R.-V.-A. nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass der Kläger in seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr in einer für das wirthschaftliche Leben in Betracht kommenden Weise beeinträchtigt ist, . . . die Beklagte zur Weitergewährung der Rente von 15 % verurtheilt.

Verlust der 2. und 3. linken Zehe bedingt keine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit in abmessbarem Grade.

Rek.-Entscheidung vom 14. Oktober 1901.

Erkrankungen des Nervensystems.

Zu Seite 461.

Geisteskrankheit und Unfall. Die Beweispflicht, dass die bestehende Beschränkung der Erwerbsfähigkeit mit einem Betriebsunfall in ursächlichem Zusammenhange steht, liegt nicht der Berufsgenossenschaft, sondern dem Kläger ob.

Rek.-Entscheidung vom 16. September 1902.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen seinem Betriebsunfall und dem die Erwerbsunfähigkeit bedingenden Leiden (Hysterie) verneint, weil dasselbe lediglich durch die Bemühungen um Durchsetzung des vermeintlichen, aber unberechtigten, Anspruchs zur Entwicklung gelangt ist, während der Unfall selbst als wesentliches Moment für die Entstehung des Leidens ausscheidet.

Rekurs-Entscheidung vom 20. Oktober 1902.

Nach dem Gutachten der ärztlichen Sachverständigen sind bei dem Kläger körperlich hervortretende Folgen des Unfalls vom 7. August 1897 (Zerreissung der Rückenmuskeln in der Lendengegend), durch die er in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt wird, auch jetzt nicht vorhanden. Dagegen wird angenommen, dass der Kläger, obwohl er nach der übereinstimmenden Ansicht aller Gutachter stark übertreibe, an einer Hysterie leide. Diese Hysterie sei, so wird in den Gutachten ausgeführt, zwar nicht oder wenigstens weniger auf den Unfall direkt zurückzuführen, als vielmehr wahrscheinlich erst durch die Bemühungen um eine Rente hervorgerufen, im Kampfe um die Rente entstanden. Der Annahme der Gutachter, dass damit der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Hysterie gegeben sei, vermochte sich das Rekursgericht jedoch nicht anzuschliessen. Denn nicht der Unfall als solcher wird in den Gutachten als wesentliches Moment für die Entstehung der Hysterie erachtet, sondern vielmehr der Kampf des Klägers um eine Rente. Ist aber danach im wesentlichen nur der eingebildete, einer rechtlichen Grundlage entbehrende Anspruch des Klägers auf eine Rente die Ursache für die Enstehung und Entwickelung der Hysterie, so liegt ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfalle nicht vor. Ein solcher wäre unbedenklich anzunehmen, wenn der Unfall an sich, z. B. durch eine dabei erlittene Nervenreizung oder Nervenerschütterung, zur Herbeiführung eines Nervenleidens geeignet gewesen wäre, oder sonst der Unfall selbst und dessen Folgen zur Entstehung und Entwickelung eines Nervenleidens wesentlich beigetragen hätten; ein ursächlicher Zusammenhang kann aber nicht schon dann angenommen werden, wenn der Unfall selbst als wesentliches Moment für die Entstehung des Nervenleidens nicht in Betracht kommt und von dem Unfalle die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende körperliche Folgen nicht mehr vorhanden sind, der Verletzte sich indessen mit der Einbildung trägt, noch einen Anspruch auf Rente zu haben und dann deshalb, weil diesem eingebildeten Anspruche die rechtliche Anerkennung versagt bleibt, durch die Bemühungen um Durchsetzung des vermeintlichen Anspruchs ein Nervenleiden zur Entstehung und Entwickelung gelangt. Nicht der Unfall und dessen Folgen sind dann die Ursache des Nervenleidens, sondern die Bemühungen und der Kampf um Durchsetzung eines vermeintlichen, aber nicht zu Recht bestehenden Anspruchs auf eine Rente. Eine solche kann sonach nicht angenommen werden.

---

2. Private Unfallversicherung.

Zu Seite 480.

Aufkratzen einer durch Insektenstich verursachten Pustel in der Nase als Unfall nach den Bedingungen der Privat-Unfallversicherung.

Urtheil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 21. Januar 1901.

Es ist zunächst völlig bedenkenfrei, wenn das Bürg. Ges.-B. einer Verletzung der Haut nicht deshalb die Eigenschaft einer äusseren Verletzung abspricht, weil sie vom Verletzten mit eigener Hand bewirkt worden ist; denn eine Verletzung der Aussenseite des Körpers wird dadurch nicht zu einer inneren, weil sie auf eine Entschliessung des Verletzten zurückzuführen ist. Es kam also nur darauf an, ob der Abs. 2 des §. 1 der Versicherungsbedingungen hier Platz greift, wonach

die Leistung der Beklagten von der Bedingung abhängig gemacht ist, dass die versicherte Person die äussere Gewalt nicht absichtlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt hat. Absichtliches Handeln setzt voraus, dass der Thäter sein Thun als ein körperverletzendes erkennt; ein solches Erkennen verneint aber der B. R, wenn er von der Annahme ausgeht, dass B. durch das Jucken der Haut oder um den Eiter abzuwischen, zum Kratzen veranlasst worden sei, und hierin kann ein Irrthum nicht gefunden werden, da derartige Handlungen mit einem Erkennen der daraus folgenden Hautverletzung nicht verbunden zu sein pflegen. Aus demselben Grunde ist auch das Vorliegen einer groben Fahrlässigkeit mit Recht verneint worden.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Unfall auch bei geringer Widerstandsfähigkeit gegenüber Unfällen.

Urtheil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 5. Dezember 1902.

Der erkennende Senat hat bereits in wiederholten, gleich liegenden Fälle betreffenden Entscheidungen ausgesprochen, dass es rechtlich bedenkfrei sei, einen Unfall als direkte und ausschliessliche Ursache des Todes nach Maassgabe der Versicherungsbedingungen auch dann zu bezeichnen, wenn eine gewisse Empfänglichkeit des Körpers für die nachtheiligen Einwirkungen der Verletzung vorhanden gewesen sei, wenn also möglicher Weise bei anderer körperlicher Beschaffenheit des Beschädigten der Unfall günstiger verlaufen wäre. Auch in solchen Fällen lässt sich sagen, dass der Tod lediglich die Folge des Unfalls sei und dass die Versicherung nicht dadurch ausgeschlossen werde, dass im Einzelfalle der Versicherungsnehmer sich gegenüber Unfällen in geringerem Grade widerstandsfähig zeigt. So verhält es sich offenbar in der gegenwärtigen Sache. Der Berufungsrichter will sagen, dass der Bluterguss allein den tödtlichen Ausgang veranlasst habe, obschon er einen der Blutvergiftung günstigen Nährboden in dem sonstigen Zustande des Fusses des Verletzten vorgefunden habe.

B. Invalidenversicherung.

Zu Seite 489—490.

Eine gegen die klare Sachlage verstossende thatsächliche Würdigung eines ärztlichen Gutachtens seitens des Richters stellt einen wesentlichen Verfahrensmangel dar.

Entscheidung des preuss. Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 17. April 1902.

Dagegen fällt dem Vorderrichter insofern ein wesentlicher Mangel des Verfahrens zur Last, als er bei der Würdigung der seiner Entscheidung auch zu Grunde liegenden Gutachten des Dr. med. H. vom 21. August 1900 und des Dr. med. Sch. vom 25. Mai 1901 gegen die klare Lage der Sache verstossen hat.

An den Dr. H. war vom Magistrat in W. am 21. August 1901 die Frage gestellt worden, „ob Z. dergestalt krank sei, dass als Folge der Krankheit eine Erwerbsunfähigkeit zu befürchten sei, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründe". Wenn der Sachverständige darauf antwortete, „dass der Z. arbeitsfähig sei mit öfteren Unterbrechungen, so dass bei nicht völliger Auskurirung eine Wiederholung des Rheumatismus und damit eine Erwerbsunfähigkeit zu befürchten sei", so konnte der Vorderrichter mit Rücksicht auf die voraufgegangene Frage wohl feststellen, Dr. H. habe nur bescheinigt, dass bei Z. Erwerbsunfähigkeit schlechthin zu befürchten sei, nicht aber, dass auch eine solche zu besorgen sei, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründe. Er durfte dies um so weniger, als Dr. H. bereits in dem Atteste vom 16. August 1900 die Frage: „Seit welchem Zeitpunkt ist die Erwerbsfähigkeit nach Ihrem Ermessen unter $33^1/_3$% gesunken?" mit: „seit dem Rheumatismus" beantwortet hatte. Was ferner das Gutachten des Dr. med. Sch. angeht, so bejaht dieser in dessen Eingang das Vorliegen der Besorgniss einer Erwerbsunfähigkeit, die einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet, mit den Worten: „Ich glaube diese Frage unbedenklich mit ja beantworten zu können". Der Vorderrichter konnte sich deshalb mit diesem Gutachten nicht mit dem Satze abfinden: „Insbesondere ist der Sachverständige in dem Schlussergebniss seiner Darlegungen nur der Ansicht, dass bei Z.

eine Erwerbsunfähigkeit, die den Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente nach sich zog, „befürchtet werden konnte", nicht etwa „zu besorgen war". Mit den Worten „befürchtet werden konnte" hat der Sachverständige, wenn man den Eingang seines Gutachtens berücksichtigt, doch offenbar sagen wollen: „es war zu besorgen". Auch ist es nicht zutreffend, wenn der Vorderrichter dem Sachverständigen vorwirft, dass er in seinem Gutachten zu der vorliegenden Streitfrage in ihren wesentlichen Punkten nur in unbestimmten Ausdrücken Stellung genommen habe.

Hiernach unterliegt die Vorentscheidung der Aufhebung (§. 94 Ziffer 2. § 98 des Landesverwaltungsgesetzes). Bei der eintretenden freien Beurtheilung erscheint die Sache nicht spruchfrei.

Bei der Prüfung der Frage, ob Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invaliden-Versicherungsgesetzes vorliegt, sind auch solche Arbeiten in Betracht zu ziehen, die zwar bei Ausserachtlassen der erforderlichen Vorsicht oder in Folge anderer besonderer zufälliger Umstände die Gesundheit des Versicherten schädigen können, mit einer unmittelbaren Gefahr für seinen Körperzustand aber nicht verbunden sind.

Rev.-Entscheidung vom 10. Dezember 1901.

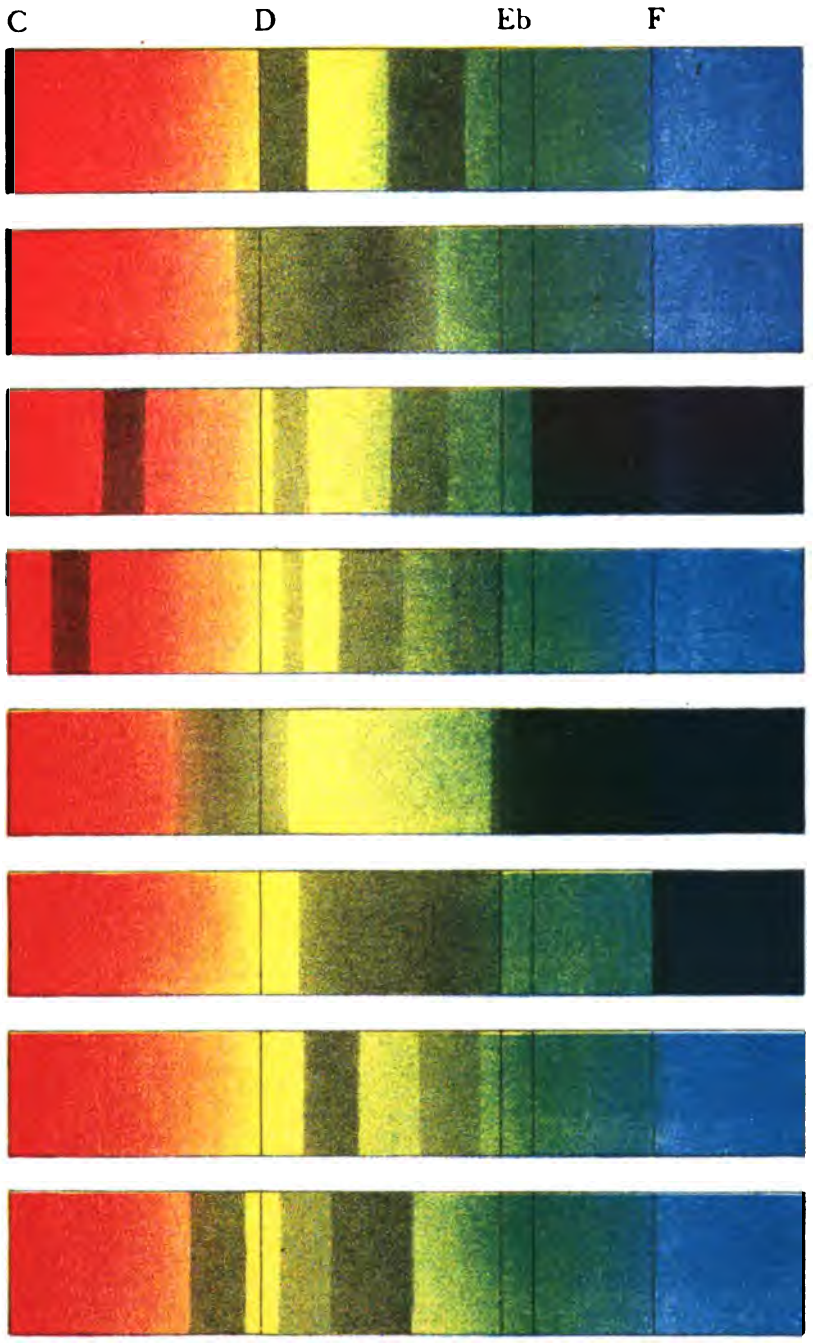
Anwendung des § 22 des Invaliden-Versicherungsgesetzes, (Anordnung des Heilverfahrens), insbesondere gegenüber einer mit einem Weichselzopfe behafteten Versicherten, die sich weigert, diesen abschneiden zu lassen.

Rev.-Entscheidung vom 28. Mai 1902.

Eine Veränderung der Verhältnisse im Sinne des §. 47 Abs. 1 des Invaliden-Versicherungsgesetzes kann nur im Falle einer Aenderung des geistigen oder körperlichen Zustandes des Rentenempfängers angenommen werden. Unter Umständen liegt eine solche Aenderung in der Gewöhnung an einen krankhaften Zustand oder in dem Erwerbe neuer Fertigkeiten.

Rev.-Entscheidung vom 13. Januar 1903.

Das jetzige Invalidenversicherungsgesetz geht bei der Bestimmung der Grenze der Erwerbsfähigkeit im zweiten Satze des Abs. 4 im §. 5 auf die einzelnen in der Person des Versicherten in Frage kommenden Umstände näher ein, als das frühere Gesetz in seiner entsprechenden Bestimmung; es erwähnt nämlich die Kräfte und Fähigkeiten des Rentensuchers, seine Ausbildung und seinen bisherigen Beruf; diese Umstände werden deshalb auch bei der Prüfung, ob ein Rentenempfänger infolge einer Veränderung der Verhältnisse seine Erwerbsfähigkeit wieder erlangt hat, in Betracht gezogen werden müssen. Somit wird es von Bedeutung sein, ob er es gelernt hat, von seinen Gliedern einen anderen Gebrauch zu machen, oder ob ihm das Fehlen eines Gliedes weniger empfindlich geworden ist; in dieser Richtung wird unter Umständen der Erwerb einer neuen Fertigkeit einen Schluss gestatten. Immer wird aber eine Veränderung der geistigen oder körperlichen Verhältnisse gefordert werden müssen; äussere Umstände, welche die Möglichkeit der Verwerthung der Arbeitskraft bedingen, können dagegen die Anwendung des §. 47 Abs. 1 nicht rechtfertigen. Nach der Natur der Sache wird, wenn aus der Gewöhnung an den krankhaften Zustand oder aus dem Erwerb einer neuen Fertigkeit eine Veränderung der Verhältnisse gefolgert werden soll, eine gewisse Dauer der zum Beweise derselben herangezogenen Umstände vorausgesetzt werden müssen, damit nicht eine vielleicht nur vorübergehende günstige Arbeitsgelegenheit, deren Benutzung durch den Rentenempfänger durchaus in der Absicht des Gesetzgebers liegt, jenen schädlich wird. Ueberhaupt könnte eine zu scharfe Anwendung des Gesetzes in der fraglichen Richtung die Versicherten davon abhalten, auf die Verwerthung und Verbesserung der ihnen verbliebenen Arbeitskraft bedacht zu sein, was in sozialer Rücksicht nur zu beklagen wäre. Nach diesen angegebenen Richtungen hin wird das Schiedsgericht die Sache noch zu prüfen haben.



Blut-Spektren.

(nach Ziemke und Müller: Beiträge zur Spektroskopie des Blutes. Archiv für Anatomie und Physiologie 1901. Suppl.)